

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSTGRADO**

**Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes  
alcohólicos atendidos en los consultorios externos de  
farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo  
Almenara Irigoyen**

**TESIS**

para optar el título de Especialista en Salud Mental y Psiquiatría

**AUTOR**

Alex R. Yataco tarma

**Lima – Perú**

**2008**

**“ESTADIOS DE CAMBIO Y CALIDAD DE  
VIDA EN PACIENTES ALCOHOLICOS  
ATENDIDOS EN LOS CONSULTORIOS  
EXTERNOS DE FARMACODEPENENCIA  
DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO  
ALMENARA IRIGOYEN”**

**Dedico esta investigación con mucho amor a mi esposa Vanessa y a mi hija Judith; mis dos grandes motores, así como promesas de mi Cristo hechas realidad.**

**A mi Padres y hermanos quienes siempre me han impulsado a progresar en el bien.**

**Mi mas sincero Agradecimiento a la  
Unidad de Postgrado de la UNMSM,  
Programa de Segunda Especialización  
de Enfermería en Salud Mental y  
Psiquiatría; por las enseñanzas brindadas.**

**Al Dr. Carlos Lizarraga jefe del  
Departamento de Psiquiatría del HNGAI  
y a todo el personal que elabora allí,  
sobretudo a mis colegas por su apoyo  
en la elaboración del presente trabajo.**

**Mi profundo agradecimiento a  
La Licenciada Gloria Gupio y  
Carmen Contreras por su valioso  
tiempo y aportes para la elaboración  
del presente trabajo.**

## INDICE

<b>INTRODUCCION-----</b>	<b>14</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	
A) Planteamiento, Delimitacion y Origen del Problema.-----	15
B) Formulación del Problema de Investigación-----	17
C) Justificación e Importancia-----	17
D) Objetivos -----	18
• General-----	18
• Especifico-----	18
E) Propósito-----	19
F) Marco Teórico-----	19
• Antecedentes-----	19
• Base Teórica-----	25
G) Hipótesis-----	40
• General-----	40
• Especifica-----	40
H) Definición Operacional de Términos-----	41
I) Operacionalización de Variables-----	42
<b>CAPITULO II: MATERIAL Y METODO</b>	
A) Tipo, Nivel y Método-----	47
B) Área de Estudio-----	48
C) Población y Muestra-----	48
D) Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos-----	51
E) Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos-----	53
F) Plan de Análisis e Interpretación de Datos-----	53
G) Consideraciones Éticas-----	53

**CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION**

A) Presentación, Análisis e Interpretación de Datos-----	54
• Características de la Muestra-----	54
• Análisis para la Variable Estadios de Cambio-----	61
• Análisis para la Variable Calidad de Vida-----	75
• Relación entre las Variables Estadios de Cambio y Calidad de Vida--	100
• Discusión de Resultados -----	103

**CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

A) Conclusiones-----	107
B) Recomendaciones-----	109
C) Limitaciones-----	109

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS----- 110****BIBLIOGRAFIA----- 111****ANEXOS**

A) Instrumentos de Recolección de Datos (URICA)-----	116
B) Instrumento de Recolección de Datos (E.OLSON D. y BARNES H.)----	119
C) Consentimiento Informado -----	122
D) Determinación del Tamaño de la Muestra, Validez y Confiabilidad del Instrumento y otros-----	123
E) Prueba estadística para validar el instrumento (URICA) -----	124
F) Prueba estadística para la confiabilidad del instrumento (URICA) -----	125
H) Índice de Pertenencia del URICA -----	126
I) Prueba estadística para validar el instrumento -----	129
J) Prueba estadística para la confiabilidad del instrumento -----	130
K) Confiabilidad Test Retest ( E. D. Olson y H. Barnes) -----	131

## INDICE DE TABLAS

**Tabla1: Población Total de alcohólicos agrupada por genero atendida en el Servicio de Farmacodependencia del HNGAI durante los primeros seis meses del año 2007.**

**Tabla 2: Población Total de alcohólicos agrupada por edades tendida en el Servicio de Farmacodependencia del HNGAI durante los primeros seis meses del año 2007.**

**Tabla 3: Distribución de la muestra según sexo.**

**Tabla 4: Distribución de la muestra según intervalo de edades.**

**Tabla 5: Distribución de la muestra según nivel de ocupación.**

**Tabla 6: Distribución de la muestra según condición laboral.**

**Tabla 7: Distribución de la muestra según grado de instrucción.**

**Tabla 8: Distribución de la muestra según tiempo de consumo.**

**Tabla 9: Distribución de la muestra según tiempo de abstinencia.**

**Tabla 10: Resultados de la prueba de Bondad y Ajuste para estadios de .....cambio.**

**Tabla 11: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....estadios de cambio según sexo.**

**Tabla12: Valores “U” de Mann–Whitney para determinar diferencias .....significativas en estadios de cambio según sexo.**

**Tabla13: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....estadios de cambio según edad.**

**Tabla14: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en estadios de cambio según edad.**

**Tabla 15: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para ..... estadios de cambio según ocupación.**

**Tabla16: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en estadios de cambio según ocupación.**

**Tabla17: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....estadios de cambio según condición laboral.**

**Tabla18: Valores “U” de Mann–Whitney para determinar diferencias .....significativas en estadios de cambio según condición laboral.**

**Tabla19: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....estadios de cambio según grado de instrucción.**

**Tabla20: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en estadios de cambio según grado de instrucción**

**Tabla 21: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....estadios de cambio según tiempo de consumo.**

**Tabla22: Valores “U” de Mann–Whitney para determinar diferencias .....significativas en estadios de cambio según tiempo de consumo.**

**Tabla 23: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....estadios de cambio según tiempo de abstinencia.**

**Tabla24: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en estadios de cambio según tiempo de abstinencia**

**Tabla 25: Resultados de la prueba de bondad y ajuste para calidad de vida**

**Tabla 26: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....calidad de vida según sexo.**

**Tabla27: Valores “U” de Mann–Whitney para determinar diferencias .....significativas en calidad de vida según sexo.**

**Tabla 28: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....calidad de vida según edad,**

**Tabla29: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en calidad de vida según edad.**

**Tabla 30: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....calidad de vida según ocupación**



**Tabla31: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en calidad de vida según ocupación.**

**Tabla32: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....calidad de vida según condición laboral.**

**Tabla33: Valores “U” de Mann–Whitney para determinar diferencias .....significativas en calidad de vida según condición laboral.**

**Tabla 34: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....calidad de vida según grado de instrucción,**

**Tabla35:Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en calidad de vida según grado de instrucción.**

**Tabla 36: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....calidad de vida según tiempo de consumo.**

**Tabla37: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en calidad de vida según tiempo de consumo.**

**Tabla38: Promedios, desviación estándar y coeficientes de variación para .....calidad de vida según tiempo de abstinencia.**

**Tabla39: Valores de Kruskal–Wallis para determinar diferencias .....significativas en calidad de vida según tiempo de abstinencia.**

**Tabla40: Correlación múltiple entre las variables estadios de cambio y .....calidad de vida.**

**Tabla 41: Correlaciones específicas entre las variables estadios de  
Cambio y calidad de vida.**

## INDICE DE GRAFICOS

**Grafico 1: Distribución de la muestra según sexo.**

**Grafico 2: Distribución de la muestra según intervalo de edades.**

**Grafico 3: Distribución de la muestra según nivel de ocupación.**

**Grafico 4: Distribución de la muestra según condición laboral.**

**Grafico 5: Distribución de la muestra según grado de instrucción.**

**Grafico 6: Distribución de la muestra según tiempo de consumo.**

**Grafico 7: Distribución de la muestra según tiempo de abstinencia.**

## RESUMEN

110 pacientes alcohólicos, 72 hombres y 38 mujeres con edades entre 21 a 50 años y/o mas; con un tiempo de consumo de 3 a más de 9 años, se sometieron a un estudio cuyo objetivo era establecer una correlación entre los estadios de cambio y la calidad de vida. Se utilizaron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA y la Escala de Evaluación de Calidad de vida de Olson y Barnes ambos adaptados a Lima. Sus resultados muestran que en los pacientes alcohólicos predomina el estadio de contemplación y le sigue el estadio de acción; la calidad de vida es mejor en mujeres que en hombres deteriorándose más con la edad, siendo su calidad de vida en términos globales moderada o regular; probándose la hipótesis principal de una correlación múltiple altamente significativa y de magnitud moderada ( $r = 0.576$ ) cuando  $p < 0,000,1$  lo cual implica que cuando los pacientes están en los estadios de cambio terapéutico iniciales se afecta más la calidad de vida mejorando con el paso a otros estadios de cambio más avanzado.

**Palabras clave:** Alcohólicos, estadios de cambio, calidad de vida, escalas conductuales

## SUMMARY

110 alcoholic patients, 72 men and 38 women aged 20 to 50 years y/or more; and with a time of 3 consumption over 9 years, underwent a study whose aim was to establish a correlation between stages of change and quality of life. We used the scale of change assessment of the University of Rhode Island: URICA and the Scale and Quality of life for Olson and Barnes adapted to Lima. Their results show that patients alcoholics dominated contemplation of the stage and the stage it remains action; quality of life is better in women than in men deteriorate further with age, their quality of life in global terms was moderate or regular; tested the hypothesis showed a major multiple significant correlation and moderate magnitude ( $r = 0,576$ ) when  $p < 0000,1$  which means that when patients are in the initial stages of change therapeutical affects the quality of life improve with the passage other more advanced stages of change.

**Keywords:** Alcoholics, stages of change, quality of life, behavioral scales

## INTRODUCCION

Es internacionalmente conocido que el abuso de alcohol es uno de los peores flagelos que la sociedad mundial actual enfrenta. Mas aun siendo el alcohol considerado una droga legal, la situación es más complicada pues para la población es difícil tomar conciencia de los daños que este provoca; produciendo así un déficit en la calidad de vida.

Hay tratamientos que llegan al Estadio de Preparación, algunos hasta el Estadio de Acción pero por falta de información y de una intervención profesional adecuada muchos pacientes retroceden ya que no cuentan con las herramientas necesarias para alcanzar la Abstinencia prolongada o el Estadio de Mantenimiento; confirmándose así las frases aplicadas a los adictos: “....están en una Puerta Giratoria”, “....están en un Camino Espiralado”; refiriéndose a sus recaídas reiteradas en el proceso de recuperación.

Esta Investigación pues intenta relacionar dos variables importantes, estadios de cambio y calidad de vida en esta población alcohólica que cada vez esta mas en aumento.

Con el fin de introducirnos en el tema a investigar se desarrolla un primer capitulo sobre la problemática del Alcoholismo y los aspectos conceptuales sobre los Estadios de Cambio y Calidad de Vida.

En el Segundo Capitulo se tocan todos los aspectos metodológicos referentes a la presente investigación.

En el Tercer Capitulo se presentan los resultados obtenidos, con su respectiva interpretación y análisis correspondiente.

En el Cuarto Capitulo se ha considerado las conclusiones, las recomendaciones y las limitaciones.

Finalmente se han ubicado los Anexos, así como otros aspectos a considerar.

## CAPITULO I: EL PROBLEMA

### A) PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA.

En 1996 el Banco Mundial y la OMS estimaron que en América Latina el alcohol era responsable de 9.6% del peso de la enfermedad, calculado a partir de la estimación de los días de vida sanos perdidos por muerte prematura o discapacidad. Esta proporción es cercana a la estimada para los países con economía de mercado (10.3%) y de una considerable superioridad respecto del promedio estimado para los países en vías de desarrollo (2.7%).

*“En la actualidad tenemos un 83.0% de prevalencia de vida del consumo de alcohol, una prevalencia anual de 63.0% y una prevalencia mensual de 40.4%. La incidencia sobre el mismo consumo es de 30.2%. También tenemos que en relación a la edad el 74% de los consumidores de alcohol se encuentra entre los 26 a 35 años; el 71.8 % se encuentra entre los 19 a 25 años; el 70% se encuentra entre los 36 a 45 años. Por otro lado los consumidores de alcohol de 46 años a más comprenden el 58.5 %. Mientras que el 36.0 % comprende a los consumidores de alcohol de 12 a 18 años”* <sup>(1)</sup>. En definitiva esta enfermedad es ya desde hace tiempo un problema de salud publica; causante de muchos accidentes de transito, violencia familiar, homicidios, suicidios y otras conductas de riesgo.

“Las estadísticas policiales señalan que durante el 2007 se registraron un total de 79.972 accidentes en todo el país y de estos el 9,4% (7.555) fue provocado precisamente por personas que manejaron en estado etílico. Asimismo, las multas impuestas en Lima por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) en lo que va del año revelan que 6.482 conductores se encontraba en estado de embriaguez absoluta, y aunque no todos ellos causaron accidentes, en su momento fueron potenciales homicidas culposos”. <sup>(2)</sup>

El alcoholismo también se relaciona con frecuencia con alteraciones mentales, en especial ansiedad, depresión y algunos trastornos de la personalidad. La presencia de ambos fenómenos aumenta la probabilidad de que las personas pierdan el trabajo, se suiciden o mueran en forma

---

<sup>1</sup> DEVIDA: Censo Nacional Sobre el Consumo de Drogas 2006

<sup>2</sup> Diario El Comercio: La Realidad del Problema Alcohólico. 21/09/08

temprana por problemas de salud. Sin embargo, el pronóstico cuando hay trastornos del afecto o de ansiedad no es bueno; de manera ideal, la intervención debería ocurrir antes de que los trastornos se vuelvan crónicos.

Desde una perspectiva física es importante mencionar por ejemplo que cuando hay una intoxicación alcohólica aguda los efectos clínicos son extremadamente variables y van de menor a mayor, por lo general de acuerdo a la concentración de alcohol sérico que cada persona tiene en sí.

Por otro lado, girando hacia una perspectiva de la cotidianidad, con cierta frecuencia se suele observar que muchos de los pacientes alcohólicos vuelven a recaer, se retiran del Tratamiento o no asisten a sus citas en los diferentes Centros de Atención para Adictos; dentro de estos por supuesto el HNGAI. Ocasionando así la cronicidad de la enfermedad y el deterioro de la persona en todas sus esferas. Toda esta realidad es la que me hizo decidir investigar sobre este tema. Pues en mi experiencia como enfermero en los diferentes nosocomios psiquiátricos he podido observar que el error parte desde el momento que el personal no se toma el tiempo para ubicar al paciente en que estadio de su adicción se encuentra. En la mayoría de los casos esto ocurre por un desconocimiento del tema y de la Teoría Transteórica de Prochaska y DiClemente. He aquí pues mi gran motivación, la de aportar con esta investigación a mi profesión conocimientos diferentes que se puedan usar en el tratamiento del adicto y mejorar así su calidad de vida y la de su familia.

## **B) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es la relación entre los Estadios de Cambio y la Calidad de Vida en los pacientes alcohólicos atendidos en los Consultorios Externos de Farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?

## **C) JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Para la enfermería en salud mental y psiquiatría lo magno de este estudio es que nos proporcionará información novedosa y valiosa en relación con la problemática del adicto, específicamente del alcohólico. Además nos llevará a hacer uso aplicativo de la Teoría Cognitivo Conductual en el abordaje de enfermería hacia este tipo de pacientes.

En los Hospitales Psiquiátricos donde existan pabellones para adictos le permitirá a la enfermera diagnosticar la etapa en la que ingresa el paciente alcohólico e ir monitorizando a lo largo de su estancia, e incluso al alta, como es que éste va recuperándose; hasta el punto de llegar al estadio de Mantenimiento y/o Finalización.

Aún mas esta investigación puede permitir que la enfermera especialista en psiquiatría y salud mental incorpore dentro de su Proceso de Atención de Enfermería (PAE) esta Teoría Transteorica de Prochaska y Diclemente como una herramienta de valoración al paciente alcohólico, para de allí obtener información que le servirá luego para el planeamiento de las acciones a tomar.



## **D) OBJETIVOS**

- **General:**

- ❖ Determinar la relación entre los Estadios de cambio y la calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

- **Específicos:**

- ❖ Describir las características de los estadios de cambios en pacientes alcohólicos atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del HNGAI y de las variables de control, género, edad, grado de instrucción, actividad laboral, nivel educativo, tiempo de abstinencia y tiempo de consumo.
- ❖ Describir las características de la calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del HNGAI y de las variables de control, género, edad, grado de instrucción, actividad laboral, nivel educativo, tiempo de abstinencia y tiempo de consumo.
- ❖ Establecer las diferencias significativas entre los Estadios de Cambio según las variables de control género, edad, grado de instrucción, actividad laboral, nivel educativo, tiempo de consumo y tiempo de abstinencia, atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del HNGAI.
- ❖ Establecer las diferencias significativas en la variable Calidad de vida según las variables de control género, edad, grado de instrucción, actividad laboral, nivel educativo, tiempo de consumo y tiempo de abstinencia, atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del HNGAI.

- ❖ Establecer la relación o asociación entre cada uno de los cuatro estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento, con los diferentes componentes de la calidad de vida en pacientes alcohólicos, atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del HNGAI así como de las variables de control, genero, edad, grado de instrucción, actividad laboral, nivel educativo, tiempo de abstinencia y tiempo de consumo.

## **E) PROPÓSITO**

El impacto de esta investigación es que nos proporcionara conocimientos novedosos y necesarios para el diseño de programas de enfermería en prevención, atención, y rehabilitación de adictos de acuerdo al Estadio de Cambio en la que se encuentre el paciente alcohólico.

## **F) MARCO TEÓRICO**

### **• Antecedentes del Estudio**

Con respecto a los Estadios de Cambio:

Salvador Abelardo, **“El Tabaquismo y los Estadios de Cambio”**, 1996, España. En esta investigación se menciona que el tabaquismo es la primera causa previsible de enfermedad y muerte de los países industrializados. Sin embargo a pesar de la gravedad de este problema todavía muchos profesionales de la salud no han tomado un papel totalmente activo para ayudar a sus pacientes fumadores a dejar de fumar. Este trabajo tuvo como objetivo describir el proceso de dejar de fumar, siguiendo el modelo de Prochaska y DiClemente. La muestra fue de 98 adictos al tabaco de la Hospedería para Adictos de Játiva – Valencia. Las conclusiones a las que se arribaron fueron entre otras: Que el 85 % de los fumadores encuestados no consideran tener algún problema de adicción y por lo tanto se encuentran en el estadio de Precontemplación.

Melnick, De León, Hawke, Jainchill y Kressel, **“Motivaciones para el Cambio”**, 1997, Guatemala. Usaron la escala CMRC y tuvieron como objetivo comparar la circunstancia, motivación, rapidez y convivencia para el tratamiento de la comunidad terapéutica en grupo de adolescentes y otro de adultos abusadores de sustancias psicoactivas. La muestra fue de 1097 adolescentes entre 14 a 18 años y 1458 adultos entre 19 a 26 años admitidos en comunidades terapéuticas residenciales. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras que los adolescentes abusadores de sustancias están menos motivados al cambio o a rapidez para el cambio a diferencia de los adultos. Lo cual confirma la importancia de los factores motivacionales y de rapidez en el proceso de tratamiento, pese a la edad.

Albiach, Linares, Palau y Santos, **“Adherencia en Heroinómanos”**, 2000, México. En su estudio toma como marco de referencia el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente, con el objetivo de evaluar el estadio de cambio en el que se ubican 317 heroinómanos (250 varones y 67 mujeres), utilizando una entrevista semi - estructurada. Además, estudia el poder predictivo del estadio de cambio, las variables sociodemográficas, toxicológicas y los tipos de tratamiento relacionados con la adherencia al mes, tres, seis, nueve y doce meses. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron que el estadio de cambio no es una potente variable predictora de la adherencia al tratamiento, ya que solamente se muestra estadísticamente significativa al mes y a los 3 meses; otras variables estudiadas, sin embargo, sí predicen adherencia durante todos los cortes temporales medidos: edad y tipo de tratamiento que inicia. Por otra parte, y en menor medida, los tratamientos anteriores, el tiempo máximo de abstinencia previa y el tipo de acompañamiento, tienden a predecir adherencia en los últimos cortes temporales.

Díaz Vizcardo, José A, **“Polidependientes y su Relación con los Estadios, Procesos de Cambio y Niveles de Cambio”**, 2001, Trujillo-Perú. Este trabajo tiene como objetivo describir las dimensiones del cambio y la relación existente entre ellas, y dos conocidas variables mediadoras: el balance decisional, y las expectativas de autoeficacia. La muestra fue de 88

polidependientes seleccionados de las calles de la ciudad Trujillana. Las conclusiones a las que se llegó fue que mientras mas tiempo de consumo tenia el paciente mas difícil era de que saliera del estadio de precontemplación hacia otro estadio.

Santos, González, Fons, Forcada y Zamorano, **“Estadios, Procesos de Cambio y Drogodependientes con Tratamiento Ambulatorio”**, 2001, Lima. La muestra utilizada fue de 106 varones y 10 mujeres adictos a múltiples sustancias. El objetivo fue determinar la relación existente entre los estadios, procesos de cambio con sus respectivas variables en los drogodependientes que se atienden ambulatoriamente en consultorios psiquiátricos del Estado. Los resultados a los que se llegaron muestran la predominancia de los sujetos preparados para la acción (51.7%), aunque un alto porcentaje de sujetos (30.1 %) se encuentran en precontemplación o contemplación. Respecto a los procesos de cambio, la mayor puntuación la obtiene la reevaluación ambiental. Excepto en dos procesos de cambio (liberación social y control de estímulos), la puntuación obtenida es superior a la media. De los resultados se concluye que la intervención psicológica debería dirigirse hacia el aumento de la atribución interna y capacidad de decisión sobre su conducta adictiva, así como hacia la reestructuración del ambiente.

Richaud de Minzi, **“Estadios de Cambio y el Sobrepeso”**, 2001, Villa Maria del Triunfo– Lima. Se administró la Escala de Evaluación del Cambio de McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer y el Cuestionario de Afrontamiento de Lazarus y Folkman a una muestra de 60 sujetos, de ambos sexos (49 mujeres y 11 varones), con una media de edad de 40,70 y un desvío estándar de 15.88, con problemas de sobrepeso, que se habían anotado para iniciar un programa de cambio de hábito en el Servicio de Salud Mental del Hospital Maria Auxiliadora. El objetivo fue determinar la relación entre los estadios de cambio y la disminución del peso. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que a medida que aumenta el estadio de cambio en el cual se encuentra la persona su forma de afrontar está más caracterizado por un análisis lógico del problema y que esta

diferencia se hace más notable entre los estadios de precontemplación y contemplación contrastado con el de mantenimiento. También se ha encontrado un afrontamiento a través de la redefinición cognitiva y de la descarga emocional menos frecuente en los estadios de contemplación y precontemplación que en los de acción y mantenimiento. En estos dos último estadios, el sujeto no sólo se vuelve más reflexivo sobre su dificultad, intentando una redefinición cognitiva que lo fortalezca en su decisión de realizar y mantener el cambio, sino que tiene más tendencia a recaer en conductas impulsivas que le sirven de descarga, pero que al mismo tiempo le crean serias dudas de poder seguir controlando la conducta problema.

Llinares, Palau, Santos, Albiach, Camacho, investigaron **“El Estadio de Cambio y el Estado Emocional en Jugadores Patológicos”**, en el año 2002 en Lima – Perú, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre los estadios de cambio y las emociones de los ludopatas al inicio del tratamiento. La muestra estuvo constituida por 133 sujetos (14 mujeres y 119 hombres) adictos al juego, a quienes se les aplicó el SOGS, BDI, STAI Y CBA. Concluyendo que los sujetos de la muestra cumplían criterios de probable jugador patológico. La mitad de la muestra se ubica en el estadio de contemplación, con un percentil medio 68.38 para ansiedad/estado y 76.17 para ansiedad/rasgo. El BDI refleja estado emocional disfórico. Las puntuaciones del CBA indican consumo moderado de alcohol. El 63.2% no precisa tratamiento farmacológico. El alto porcentaje de sujetos que presenta consumo de alcohol concomitante con la conducta de juego, exige una intervención específica para estos sujetos. Los altos niveles de ansiedad y disforia que presentan los sujetos al inicio de tratamiento, parecen relacionados con los estresores propios de la conducta de juego.

Fasce Ninoska Cayo, **“Estadios y Procesos de Cambio en un Grupo de Pacientes Drogodependientes de Lima Metropolitana”** 2003, Lima. El objetivo de esta investigación fue identificar la asociación entre Estadío de Cambio y el Proceso de Cambio con el tiempo de internamiento en un grupo de pacientes drogodependientes de Lima Metropolitana. Trabajó con una

muestra de 56 sujetos varones internados en los centros de rehabilitación para drogodependientes de Lima, utilizando una encuesta demográfica, el Inventario de Procesos de Cambio, la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, y el Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO PI-R). Concluyó que no existe influencia entre el tiempo de internamiento ni la personalidad sobre el estadio de cambio y el proceso de cambio en el grupo evaluado. Los procesos de cambio más usados corresponden a los estados iniciales: aumento de la concienciación, autorrevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y autoliberación. La mayoría de los participantes en la investigación se hallan en el estadio contemplativo.

Torres, Roca y Llancán, **“Estadios de Cambio en Adictos con Tratamiento Ambulatorio”**, 2004, Arequipa – Peru. El objetivo del estudio fue comparar los estadios de cambio en pacientes adictos con régimen de tratamiento residencial ambulatorio. Se asignaron intencionalmente, obteniéndose 30 pacientes adictos entre 18 a 60 años, de los cuales 15 recibían tratamiento residencial y 15 tratamiento ambulatorio. Se les aplicó la Lista de Chequeo de Estadios de Cambio (LICHEC) previamente elaborada. Las conclusiones fueron que no hay diferencias significativas entre los estadios de cambio de los pacientes adictos con régimen de tratamiento residencial respecto a los pacientes adictos con régimen de tratamiento ambulatorio, sin embargo si hubo diferencias significativas en los estadios de cambio durante los seis meses de tratamiento tanto residencial como ambulatorio.

En Cuanto a la Calidad de Vida, tenemos:

Ruiz, Martinez, Gutierrez, Pérez y Landabaso, **“Heroinómanos y Calidad de Vida”**, 1994, Mexico. El objetivo de este estudio fue valorar la calidad de vida y autopercepción de salud en adictos a heroína en tratamiento con metadona. La Muestra fue de 64 sujetos y 45 familiares desde enero de 1992 hasta mayo de 1993 en el Hospital del Distrito Federal. Se concluyó que hay sustanciales cambios en dirección positiva (bienestar general, en

las actividades diarias, ambiente general en casa, etc.) en los primeros meses de tratamiento, que aumentan ligeramente en los posteriores meses de tratamiento y que se mantienen en el tiempo.

Baca y García, **“Adicción a la Heroína y Calidad de Vida”**, 1997, México. Este estudio tuvo como objetivo comparar la Calidad de vida en adictos a la heroína. Se propone a la calidad de vida como un criterio de evaluación de efectividad de los programas de tratamiento de la adicción a heroína. Este estudio es de corte transvesal con un muestra de 45 heroínómanos divididos en tres grupos (A- consumidores activos, B- en tratamiento con metadona y C- abstinentes) se compararon las puntuaciones en la escala de calidad de vida CCV. Las grupos diferían en el consumo de sustancias (al margen de la heroína) consumiendo más el grupo A, así como en la probabilidad de ser un caso psiquiátrico (mayor en el grupo A). No había diferencias significativas en el CCV salvo en el factor 3 (soporte social), la puntuación mejor era para el grupo C y la peor era para el grupo A. Se concluye en la idea de que la abstinencia es la situación con una mayor calidad de vida. Por otro lado es importante considerar esta medida en la evaluación de programas de tratamiento

Fernández, González, Portilla, Saiz, Gutiérrez, Bobes, **“Cocainómanos viviendo con VIH y Calidad de Vida”**, 1999, Colombia. El objetivo de esta investigación fue determinar la calidad de vida en los cocainómanos infectados con el VIH. La muestra fue de muestra de 49 cocainómanos, a quienes se les aplicó el SF-36, Europ ASÍ y la Escala de Ansiedad Depresión de Goldberg (EADG). Los pacientes mostraron una calidad de vida moderada, peor en las escalas del componente mental que en las del componente físicos. Obtuvieron medias menores los VIH +, los que habían consumido en los 6 meses previos heroína o elevadas cantidades de alcohol, y los que eran probables casos de ansiedad y/o depresión. Se concluyo que la calidad de vida se correlaciona de forma inversa con la gravedad de la adicción. Se encontró mayor gravedad en las áreas de uso de drogas problemas psiquiátricos y situación médica. Además de mostrar peor calidad de vida, los VIH + y los que mostraban comorbilidad

psiquiátrica (ambos hechos se relacionaban) tenían mayor probabilidad de consumir drogas.

Da Silva, Duarte y Brilmann, “**Alcoholismo y Calidad de Vida**”, 2006, Lima. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente ente la adicción al alcohol y la calidad de vida. Se trabajó la Calidad de vida en personas alcohólicas, antes y después del tratamiento según la escala SF-36. La muestra fue de 89 personas del sexo masculino, residentes entre los tres principales hospitales psiquiatricos estatales de Lima metropolitana, con diagnóstico de alcoholismo. Los Instrumentos utilizados fueron: Short-Form Alcohol Dependence Data (*SADD*), que clasifica la gravedad de la dependencia alcohólica y SF-36 (*The Medical out comes Study*), que evalúa la calidad de vida. En cuanto a los resultados tenemos que 70,8 % fue clasificado como alcohólico grave y 29,2 %, moderado. Hubo diferencia estadísticamente significativa, en el examen de *follow-up*, después de tres meses de alta hospitalaria con relación a los ocho dominios del SF-36, tanto entre los alcohólicos graves como en los moderados y en la muestra total. Se concluye que la evaluación de calidad de vida en estos pacientes es importante como forma de monitorizar su tratamiento.

- **Base Teórica Conceptual**

### **La Teoría Cognitivo Conductual**

Esta corriente psicoterapéutica surge en la década del 50 e incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva (Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum), hasta adoptar la denominación que posee actualmente, Terapia Cognitivo-Conductual.

Tanto por la variedad de estrategias terapéuticas disponibles como por su eficacia, este enfoque se ha extendido a un amplio rango de trastornos psicológicos, así como a la promoción y prevención en salud.



La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar. Así sentimos miedo en algunas situaciones, alegría en otras, aprendemos a resolver ciertos problemas, mientras que otros se nos van de las manos.

Ahora bien, el proceso de aprendizaje no es unidireccional, se trata de una compleja secuencia de interacciones, por lo que no somos receptores pasivos de la influencia del medio. Todo aprendizaje ocurre siempre en un individuo que trae consigo una determinada constitución genética y una historia personal y única. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona.

Algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales.

En suma esta teoría es aquella que propone un cambio de conducta a partir de un cambio de mentalidad.

### **Las Adicciones y el Modelo Transteórico del Cambio**

El inicio de una concepción en términos de procesos de cambio en el ámbito de las conductas adictivas se encuentra en el trabajo de Horn (1976), relativo a la adicción a la nicotina, que distingue las cuatro etapas siguientes: a). contemplación del cambio; b). decisión de cambiar; c). cambio a corto plazo; y d). cambio a largo plazo.<sup>3</sup>

Más adelante Prochaska y DiClemente ( 1979 ) desarrollaron su modelo tridimensional, el cual proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.<sup>4</sup> Los cinco estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico: precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento.

Prochaska y DiClemente (1983, 1984) identifican diez procesos básicos de cambio que posibilitan comprender como sucede el cambio intencional, es decir, el cambio de intenciones, actitudes y conductas: aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, autoliberación, liberación social, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos. estos procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.<sup>5</sup>

Por último, los niveles de cambio se presentan como una organización jerárquica en la que se interrelacionan los procesos psicológicos susceptibles de ser tratados. es decir, se refieren a que es necesario cambiar para abandonar la conducta adictiva. estos niveles son: síntoma / situación, cogniciones desadaptativas, conflictos actuales interpersonales, conflictos de familia/sistemas y conflictos interpersonales.

---

<sup>3</sup> Revista Neurológica Colombiana: “Adictos a la Nicotina” 1995

<sup>4</sup> Acta Psiquiátrica de América Latina: “Las Conductas Adictivas” 1995

<sup>5</sup> Revista Argentina de Psiquiatría: “Aproximándonos a los Procesos de Cambio” 1996

Rosen y Shipley (1983) delimitan la existencia de tres estadios en el proceso de abandono del hábito de fumar: a). decisión; b). control inicial, y c). mantenimiento.<sup>6</sup>

Raw (1986) distingue en el proceso de cambio del fumador los siguientes estadios: a) fumar consonante; b) fumar disonante (“Sería una buena idea dejar de fumar”); c) fumar disonante (“Tengo que dejarlo”); d) primera decisión (“Intentaré dejarlo”) e) segunda decisión (“Lo dejaré”); f) acto de dejarlo; y g) mantenimiento.<sup>7</sup>

Sheneider y Khantzian (1992) diferencian tres estadios en el proceso de abandono de una conducta adictiva; a) ambivalencia e indecisión; b) resolución y acción, y c) mantenimiento y prevención de recaídas.<sup>8</sup>

Prochaska y DiClemente, en sus últimas formulaciones del modelo transteórico de cambio (Prochaska, y Diclemente, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993), distinguen los siguientes estadios en el proceso de cambio de las conductas adictivas: a) precontemplación; b) contemplación; c) preparación; d) acción, y e) mantenimiento.

Aún cuando todos estos modelos proponen al menos tres estadios: a) contemplación del cambio y motivación; b) compromiso y acción, y c) mantenimiento, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, aparte de su elevado valor heurístico, es el que ha recibido un significativo mayor soporte empírico en relación tanto a su capacidad descriptiva y explicativa como predictiva del proceso de cambio en el ámbito de las conductas adictivas.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional.

---

<sup>6</sup> Archivos de Neuropsiquiatría: La Nicotina es Letal” 1997

<sup>7</sup> Archivos de Salud Mental: “Involucrándonos con la Nicotina” 1997

<sup>8</sup> Revista de Psiquiatría Psicoanalítica: “Estadios de Cambio” 1997.

Prochaska y DiClemente han desarrollado el modelo transteórico a partir de un análisis sistemático de las teorías y de las investigaciones en psicoterapia (Prochaska, 1979, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982), y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas-básicamente en fumadores.<sup>9</sup>

El modelo transteórico, en su versión más reciente (Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993), es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.<sup>10</sup>

### **Estadíos de Cambio**

Los Estadios de Cambio nos permiten entender la dimensión temporal o evolutiva del cambio a través de cinco momentos: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Estos Estadios no se dan siempre linealmente, es decir, los individuos progresan en los estadios en espiral (Tejero y Trujols, 1994; Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rosenbloom y Rossi, 1994).

Adicionalmente a estos cinco estadios se consideran dos, la recaída y la finalización o consolidación.

- **La Precontemplación.-** los individuos situados en este estadio no se plantean ningún cambio por no ser conscientes de la problemática resultante de su conducta. El adicto situado en este estadio puede ser, si es presionado a seguir un tratamiento, colaborador y mostrar, incluso, cambios conductuales con la finalidad de disminuir la presión sobre ellos ejercida, pero una vez que la presión disminuye continúan su patrón conductal habitual (Tejero y Trujols, 1994; Prochaska et al, 1992; Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Readding, 1998; Richard, Barrionuevo y Mussi, 2001).

---

<sup>9</sup> Revista de la Sociedad de Psicoterapia: “La Psicoterapia y el Cambio” 1998

<sup>10</sup> Anales de la Salud Mental: “El Modelo Transteorico” 2000

Di Clemente (Graña, 1994) señala que en esta etapa podían darse cuatro tipos distintos de adictos: a) el reacio, quien por falta de información o inercia no contempla la posibilidad de cambiar; b) el rebelde, que tiene un estilo de vida de drogodependiente bastante arraigado, por lo que se manifiestan como hostiles y resistentes al cambio; c) los resignados, que consideran inútil cualquier esfuerzo y por último d) los racionalizadores, que tienen una serie de explicaciones sobre su adicción.<sup>11</sup>

Estos individuos pueden responder en una encuesta que se les aplique que están consumiendo en la actualidad y que no están considerando dejar de consumir en los próximos seis meses.

Los adictos situados en el estadio de precontemplación no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (o lo son en un mínimo grado) de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos. Como afirman Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), no se trata de que no puedan hallar una solución sino de que no pueden ver el problema. Los precontempladores pueden ser individuos no informados acerca de la adicción, o personas que se resisten activamente a ser informadas.

Estos adictos que no se evalúan a sí mismo como teniendo una conducta problema que deben cambiar, si acuden a tratamiento lo hacen presionados por los demás (familia, presiones legales, etc.) y, con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca, al menos temporalmente, pueden incluso mostrar algún tipo de cambio, pero, una vez que la presión externa haya disminuido, reanudará rápidamente su patrón de vida previo.

- **Contemplación.-** los individuos situados en este estadio son conscientes de la existencia de un problema pero aun no se han comprometido con lograr el cambio conductual necesario para abandonar la adicción. Los efectos aversivos de su comportamiento se

---

<sup>11</sup> Psicoactiva: “El Mundo de la Adicción” 2000

1994; Prochaska et al, 1992, Velicer et al, 1998), por lo que experimentan ambivalencia, coexistiendo sentimientos contradictorios sobre el seguir consumiendo o dejar de hacerlo (Graña, 1994). Estos individuos pueden responder en una encuesta que se les aplique que están consumiendo en la actualidad y que consideran seriamente dejar de consumir en los próximos seis meses.

Siguiendo a Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio. Así, durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empieza a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

- **Preparación o Determinación.-** los individuos que se hallan en este estadio se comprometen con abandonar la conducta adictiva, pero sus cambios conductuales son insuficientes (Tejero y Trujols, 1994; Prochaska et al, 1992; Velicer et al, 1998). Estos individuos consumen en la actualidad pero están planeando dejar de consumir en los próximos 30 días y han estado abstinentes por un período de al menos 24 horas durante el año anterior.

La relevancia de los criterios tanto intencionales como conductuales en la definición del estadio de preparación queda suficientemente reflejada en los dos hechos siguientes: a) inicialmente, dicho estadio se denominaba estadio de determinación o de toma de decisión (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1982) y en algunos trabajos más recientes aún mantiene dicha denominación (DiClemente, McConaughy, Norcross y Prochaska, 1986; Mac

Connaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989); b) tal como señalan Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), algunos investigadores prefieren conceptualizar el estadio de preparación como los balbuceos o, incluso, las primeras palabras del estadio de acción.<sup>12</sup>

- **Acción.-** durante este estadio el individuo, con o sin tratamiento, cambia, tanto la conducta como las cogniciones y los estímulos externos. Este estadio requiere de un firme compromiso, lo que implica cambios importantes y que demandan mucha energía. Debido a lo manifiesto de los cambios el sujeto suele ver reforzadas sus conductas (Tejero y Trujols, 1994; Prochaska et al, 1992; Velicer et al, 1998). Estos individuos no consumen en la actualidad pero tienen una abstinencia inferior a 6 meses.

Como señalan acertadamente Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), la mayoría de personas, incluyendo muchos profesionales, equiparan erróneamente acción y cambio, omitiendo tanto el trabajo previo indispensable de preparación para la acción como los considerables esfuerzos necesarios para mantener y asentar posteriormente los progresos realizados en el estadio de acción.

- **Mantenimiento.-** el sujeto en este estadio intenta consolidar sus logros evitando el recaer, el individuo teme recaer y realiza acciones para evitar que esto ocurra (Tejero y Trujols, 1994; Prochaska et al; 1992; Velicer et al, 1998).

Este estadio no consiste, pues, en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo.

Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída.

---

<sup>12</sup> Medicina Psicodinámica: “Profundizando los Estadios de Cambio” 2001

- **Recaída.-** la recaída ocurre cuando las estrategias tomadas para lograr la abstinencia o el mantenimiento fallan, el individuo puede regresar a uno de los estadios anteriores. Puede darse durante el estadio de acción o durante el estadio de mantenimiento, siendo importante el espaciarlas cada vez más en el tiempo hasta que se alcance la abstinencia y el cambio de estilo de vida en sus diferentes áreas (Graña, 1994).

Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado meditado y planificado de una decisión conscientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujols y Casas, 1993).

Aun cuando en las versiones iniciales del modelo transteórico la fase de recaída era conceptualizada como un estadio bien definido y diferenciado, en trabajos posteriores se ha constatado que implica un movimiento a un estadio de pre-contemplación. DiClemente y Norcross (1992) refieren que aproximadamente un 15 por 100 de fumadores y recaídos retrocede hasta el estadio de precontemplación, mientras que la gran mayoría regresa a los de contemplación y preparación.

- **Finalización o Consolidación.-** durante este estadio la conducta adictiva se hallaría totalmente extinguida, por lo que el mantenimiento de la abstinencia no implicaría ningún esfuerzo (Tejero y Trujols, 1994).

Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo, y b) la confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100 por 100. No obstante, conocer si existe el estadio de finalización (o si sólo es válido en el caso de determinadas conductas adictivas) o, por el contrario, si el estadio de mantenimiento posee una duración de por vida, es una cuestión que no afecta en demasía la conceptualización del modelo



transteórico ni los procedimientos de evaluación e interventivos que de él derivan.<sup>13</sup>

### **Calidad de Vida**

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).<sup>14</sup>

En líneas generales, para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality Revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Revista Ipsicoc: "El Inalcanzable Estadio de Finalizaron) 2004

<sup>14</sup> Revista Psiquiátrica de APLA: "Perspectiva Sociológica de la Salud mental" 2005

<sup>15</sup> Revista de Abordaje Conductual: "Calidad de Vida v Salud Mental" 2005

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores. En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

A lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, no obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como

positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de la personas: Un. modelo de calidad de vida: que va considerando a priori que ya existe cobertura de ciertas necesidades básicas para la sobrevivencia del ser humano, ya que si ellas no se encuentran cubiertas no puede ascenderse o construir.

Pues bien, se concibe al ser humano inmerso dentro de sociedad enmarcada en un lugar determinado (físico e histórico) y una cultura que ha adquirido mediante socialización; ambos elementos regulan e incluso limitan -si bien no de forma terminante- las concepciones de mundo del sujeto.

Desde esta perspectiva, el sujeto se ubica para evaluar más o menos conciente lo que le acontece y, sin duda, no es sencillo, puesto que aquel proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales antes mencionados, por nombrar algunos: el nivel evolutivo, la comparación con otros, su historia personal, el momento actual, las expectativas futuras, etc. Todo ello se conjuga y permiten que el sujeto a cada momento de la vida, la conciba de cierta forma, y la vivencia acorde a dicha evaluación. Por último, si bien se ha planteado calidad de vida desde una evaluación mediada por una multiplicidad de factores, no podemos obviar las características personales, el estado que se adiciona al resto de los factores antes mencionados complejizando más aun este proceso, desde aquí recatamos la subjetividad, esta forma de concebir el mundo tan particular como humanos existen en la Tierra, que a la vez está mediada por el proceso de socialización y la cultura en la cual se desenvuelve y lo regula.

Debe también tenerse en cuenta que, la calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana. Lo anterior se relaciona con la mayoría de las tendencias actuales quienes rechazan el concebir al humano como ser lineal, ello se considera obsoleto, ya que desde su misma corporalidad la complejidad el ser humano es muy compleja, por ello

acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de esta madeja de factores mutuamente influyentes; por ello el concepto de calidad de vida depende en gran parte de la concepción propia de mundo que tiene el sujeto en particular: la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera.

La calidad de vida se puede medir usando cualquiera de los diferentes modelos existentes en el campo de la salud mental, como de la sociología, la antropología, etc. Uno de los mas completos modelos es el realizado por Olson y Barnes y adaptado por el Doctor José Anicama Gómez a la realidad peruana. En este se propugnan los siguientes ítems:

- La Vida Marital y Familiar en donde se considera como esta el individuo con su familia, con su esposa, con sus hijos y si se siente contento con el numero de hijos que tiene.
- Los Amigos, en donde se considera únicamente cual es la relación del individuo con sus pares.
- La Familia Extensa, se busca saber como van las relaciones del individuo con los parientes; como los tíos, los primos, los sobrinos etc.
- Salud, aquí se interesa saber como va la salud del individuo y de los miembros de la familia.
- Hogar, se profundiza en las actuales condiciones de vida que tiene el individuo, en sus responsabilidades, así como las responsabilidades domesticas de cada uno de los miembros de la familia. También en el espacio para sus propias necesidades y el espacio para las necesidades de la familia.
- Educación, con este ítem se busca saber cual es el nivel de educación que tiene la persona y como son los programas educativos diseñados para mejorar la vida matrimonial y familiar existentes en la comunidad.
- Tiempo, se considera la cantidad de tiempo libre que tiene la persona para si misma y para la familia. Así como el tiempo que hay para hacer los quehaceres domésticos y ganar dinero.
- Religión, aquí interesa saber como es la vida religiosa de la familia y de la comunidad del individuo.

- Empleo, se considera si el individuo se siente a gusto con su principal ocupación y al mismo tiempo si ese trabajo le ofrece seguridad en todos los aspectos.
- Medios de Comunicación, aquí interesa saber cual es la cantidad de tiempo que los miembros de la familia pasan mirando televisión, como es la calidad de los programas de televisión, asimismo como del cine y de los periódicos y revistas de la comunidad.
- Economía, se considera el nivel de ingresos, el dinero para las necesidades básicas de la familia y la habilidad para manejar las emergencias económicas. También se considera el monto de las deudas, el nivel de ahorro y el dinero que se emplearan para las futuras necesidades de la familia.
- Vecindario y Comunidad, aquí se considera si el individuo se siente satisfecho con los colegios de la comunidad, los almacenes, los supermercados y la seguridad que hay en la comunidad. Asimismo si esta satisfecho con el barrio donde vive y los servicios de salud. Aquí también se considera si es que hay facilidades para la recreación de los ciudadanos.

Como es evidente la calidad de vida traspasa todas las áreas (biopsicoespiritual) de la vida de una persona involucrando también la familia y la comunidad.

### **El Alcoholismo**

El alcoholismo es una enfermedad psiquiátrica clasificada en el CIE 10 (1992 OMS) con el código F10 y que se caracteriza por la alteración de la voluntad, por la escasa o ambivalente conciencia de enfermedad, por las consecuencias negativas que aparecen por el uso del alcohol, por las manifestaciones producidas por la supresión del consumo continuo de alcohol, y los grados variables de conductas antisociales.

Se considera que es de suma importancia abordar el tema del alcoholismo, ya que ocupa el primer lugar en cuanto a adicciones se refiere en nuestro país. Además que está catalogada como droga legal, lo cual la hace más asequible para la población.

El alcohol es una droga que puede conducir a la tolerancia y a la adicción. El alcoholismo destruye muchas vidas en nuestra sociedad. No sólo puede destruir a un individuo sino también las vidas de aquellos que le rodean.

Para saber que realmente estamos hablando de una dependencia instalada al alcohol; basta con identificar tres de los siguientes ítems en un lapso de doce meses.

- Tolerancia.- es la necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- Abstinencia.- es aquel que va desde un temblor de manos, taquicardia, taquipnea, aumento de la temperatura corporal, insomnio por lo general acompañado de pesadillas, síntomas de ansiedad generalizada o ataques de pánico, molestias gastrointestinales. También algunos llegan a presentar desorientación, alucinaciones, delusiones, diaforesis, fiebre, convulsiones, conductas suicidas, etc. Estos síntomas aparecen cuando se corta o disminuye significativamente la ingesta el alcohol. Y del mismo modo desaparecen cuando la persona vuelve a retomar el consumo de la sustancia.
- La sustancia es ingerida con frecuencia en cantidades mayores o durante periodos mas largos de lo que al inicio se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar el consumo de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- La persona continua tomando la sustancia a pesar de las grandes consecuencias físicas y psicológicas que le causa el consumo del alcohol.

Es importante señalar que el Síndrome de Abstinencia es diferente al Tiempo de Abstinencia. El primero ya lo hemos descrito, el segundo es la cantidad de días que tiene la persona sin haber ingerido la sustancia psicoactiva. Cuando pasa los seis meses sin probar alcohol, según la teoría de Prochaska y Di Clemente se le estaría considerando dentro del estadio de mantenimiento.

## **G) HIPÓTESIS**

### **Hipótesis General:**

**H<sub>0</sub>:** Existe una correlación o asociación significativa entre la variable estadios de cambio y la variable calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Almenara.

### **Hipótesis Específicas:**

**H1:** Existen diferencias significativas en la variable estadios de cambio según las variables de control: edad, genero, ocupación, grado de instrucción, condición laboral, tiempo de consumo y tiempo de abstinencia; en pacientes alcohólicos atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Almenara.

**H2:** Existen diferencias significativas en la variable calidad de vida según las variables de control: edad, genero, ocupación, grado de instrucción, condición laboral, tiempo de consumo y tiempo de abstinencia; en pacientes alcohólicos atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Almenara.

**H3:** Existe una correlación o asociación directa y significativa entre entre cada uno de los cuatro estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento, con los diferentes componentes de la calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos ambulatoriamente en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Almenara.

## H) DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Estadios de Cambio:** son los momentos que nos permiten entender la dimensión temporal o evolutiva del cambio del adicto. Son cinco: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Estos Estadios no se dan siempre linealmente, es decir, los individuos transcurren por los estadios como en zigzag; como en un espiral. Adicionalmente a estos cinco estadios se consideran dos, la recaída y la finalización o consolidación.
- **Calidad de Vida:** es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores, aspiraciones, expectativas personales y la cultura del individuo.
- **Paciente Alcohólico:** es la persona que tiene una enfermedad psiquiátrica clasificada en el CIE 10 con el código F10.2 y que se caracteriza por la alteración de la voluntad (sobre todo para frenar la ingesta de alcohol, cuando se ha iniciado el consumo de éste) , por la escasa o ambivalente conciencia de enfermedad, por las consecuencias negativas que aparecen por el uso del alcohol, por las manifestaciones producidas por la supresión del consumo continuo de alcohol, y los grados variables de conductas antisociales.



## I) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
<b>Estadios de Cambio</b>	<p>Etapas Motivacionales en el curso de la adicción en la que se encuentra el paciente. Para algunos autores estas etapas son 7: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento, Recaída y Finalización.</p>	<p>Punto en el curso de la adicción en la que se encuentra el paciente alcohólico. Usaremos solo 4 de los 7 existentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precontemplación</li> <li>• Contemplación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No tiene conciencia de enfermedad.</li> <li>❖ No visualiza la posibilidad de cambiar en los 6 meses próximos.</li> <li>❖ Hay muchas creencias irracionales con respecto a su adicción.</li> <li>❖ Las consecuencias gratificantes son superiores a las aversivas.</li> <li>❖ Existe la posibilidad de considerarse enfermo.</li> <li>❖ Hay ambivalencia para continuar su conducta adictiva (reflexiona).</li> <li>❖ Las consecuencias gratificantes de la conducta adictiva empiezan a equilibrarse con la consecuencia aversivas.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción</li> <li>• Mantenimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Visualiza la posibilidad de cambiar en los próximos seis meses.</li> <li>❖ Realiza cambios (grandes) en su conducta para abandonar la adicción.</li> <li>❖ No consumen en la actualidad, pero tienen una abstinencia menor a 6 meses.</li> <li>❖ Se hacen una continuidad los cambios en la conducta que permiten abandonar la adicción.</li> <li>❖ No consumen en la actualidad.</li> <li>❖ Tienen una abstinencia mayor de seis meses.</li> </ul>
--	--	--	---	--

<b>Calidad de Vida</b>	Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores, aspiraciones, expectativas personales y la cultura del individuo.	Bienestar en todas las áreas de la vida de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vida Marital y Familiar.</li> <li>• Amigos.</li> <li>• Familia Extensa.</li> <li>• Salud.</li> <li>• Hogar.</li> <li>• Educación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Familia, Matrimonio, Hijos y Número de Hijos.</li> <li>❖ Amigos.</li> <li>❖ Relación con los Parientes.</li> <li>❖ Salud propia.</li> <li>❖ Salud de Otros Miembros de la Familia.</li> <li>❖ Actuales condiciones de vida.</li> <li>❖ Responsabilidades Personales.</li> <li>❖ Responsabilidades Domesticas de Otros Miembros de la Familia.</li> <li>❖ Espacio para las propias necesidades</li> <li>❖ Espacio para las necesidades de la familia.</li> <li>❖ Nivel Educativo Propio.</li> </ul>
------------------------	---	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo.</li> <li>• Religión.</li> <li>• Empleo.</li> <li>• Medios de Comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Programas Sociales Educativos.</li> <li>❖ Cantidad del tiempo libre.</li> <li>❖ Tiempo para Uno Mismo.</li> <li>❖ Tiempo para la Familia.</li> <li>❖ Tiempo para los quehaceres domésticos.</li> <li>❖ Tiempo para Ganar Dinero.</li> <li>❖ Vida religiosa de la Familia.</li> <li>❖ Vida religiosa de la Comunidad.</li> <li>❖ Trabajo.</li> <li>❖ Seguridad laboral.</li> <li>❖ Cantidad del Tiempo en la TV. y/o Internet, etc.</li> <li>❖ Calidad de los Programas de TV.</li> <li>❖ Calidad del Cine.</li> <li>❖ Calidad de Periódicos y revistas.</li> </ul>
--	--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar Económico.</li> <li>• Vecindario y Comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nivel de Ingresos</li> <li>❖ Dinero para necesidades básicas de la familia.</li> <li>❖ Habilidad para manejar las emergencias económicas.</li> <li>❖ Monto de deudas.</li> <li>❖ Nivel de ahorro.</li> <li>❖ Dinero para futuras necesidades de la familia.</li> <li>❖ Colegios de la Comunidad.</li> <li>❖ Almacenes y Supermercados.</li> <li>❖ Seguridad de la Comunidad.</li> <li>❖ Lugar donde Vive.</li> <li>❖ Facilidades para la Recreación.</li> <li>❖ Servicio de Atención a la Salud.</li> </ul>
--	--	--	---	--

## CAPITULO II: MATERIAL Y METODO

### A) TIPO, NIVEL Y MÉTODO.

- **Tipo de Investigación:** No Experimental. Tipo Básica.
- **Tipo de Diseño:** Descriptivo Correlacional.

Se llama **Diseño Descriptivo** cuando el propósito es describir situaciones, eventos y hechos. Es decir como es y como se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

Se llama **Diseño Correlacional** cuando el propósito es evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables.

Consideramos que es un Diseño Descriptivo Correlacional porque este estudio intenta describir situaciones de los alcohólicos, correlacionando los estadios de cambio y la calidad de vida.

- **Variables:**

Variables a Estudiar:

- Estadios de Cambio
- Calidad de Vida

Variables de Control:

- Edad
- Género
- Ocupación
- Grado de Instrucción
- Condición Laboral
- Tiempo de Consumo
- Tiempo de Abstinencia

## **B) ÁREA DE ESTUDIO**

- **Consultorios Externos de Farmacodependencia ► Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) – ESSALUD.**

El HNGAI se encuentra ubicado en la Avenida Grau Cuadra 9 La Victoria; frente de la Facultad de Medicina San Fernando.

Actualmente es Cabeza de la Red Almenara, es decir también recibe pacientes de Provincia que pertenezcan a la Red. Y con mayor razón en esta especialidad puesto que son pocos los Hospitales de ESSALUD que cuentan con el Servicio de Psiquiatría y menos aún con la especialidad de Adicciones. Es por eso que a los Consultorios Externos de Farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se le puede considerar líder en la atención de los pacientes adictos dentro de la población asegurada/ESSALUD.

Ahora hablando propiamente de los Consultorios Externos de Farmacodependencia podemos mencionar que se encuentra en el piso numero cuatro de la sección de los consultorios externos del HNGAI. Tiene 3 médicos psiquiatras que se encargan de las consultas. Una enfermera que se encarga de liderar los programas (Hospitalización Parcial, Familias Informadas, Terapias Grupales) del Servicio, la desintoxicación de los pacientes, así como realizar las labores administrativas. Y un personal técnico que se encarga de colaborar en las labores administrativas, asistenciales u otras actividades.

El horario de atención para la Consulta Externa de Farmacodependencia es de lunes a viernes de 8 a 3pm, excepto los días jueves.

## **C) POBLACIÓN Y MUESTRA.**

- **Universo:** todos los pacientes adictos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que se atienden en los Consultorios Externos de Farmacodependencia en un año.
- **Población:** La población a considerar son todos los pacientes adictos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que se atienden en los Consultorios Externos de Farmacodependencia durante el año 2008.

Son aproximadamente 3380 pacientes alcohólicos que se atienden en los Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI en un año. Esta información la tenemos por lo recabado en el servicio de estadística del HNGAI a principios de este año, lo cual fue sistematizado en base todo el año 2007.

Cuando se le hizo la entrevista a la enfermera Soledad Valdiviezo, acerca de las características de la población que se atiende en los consultorios externos de Farmacodependencia del HNGAI, ella nos comentó que: “el común denominador de esta población es que es asegurada. Sin embargo hay de diferentes estratos sociales, desde un personal de servicio, con instrucción básica hasta profesionales de altos cargos con postgrados en el extranjero o dueños de empresas exitosas”. También nos refirió que: “los varones son en una proporción mayor que las mujeres. Y que muchos de ellos provienen de familias disfuncionales que nos les brinda apoyo para su terapia”.

- **Muestra:** La muestra para el presente estudio se ha establecido teniendo en cuenta el promedio de las atenciones desarrolladas en los primeros seis meses del año 2007 el cual se muestra en las dos tablas siguientes:

**Tabla 1**

**POBLACIÓN TOTAL DE ALCOHÓLICOS AGRUPADA POR GÉNERO ATENDIDA  
EN EL SERVICIO DE FARMACODEPENDENCIA DEL HNGAI DURANTE LOS  
PRIMEROS SEIS MESES DEL AÑO 2007.**

	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>T</b>
<b>F10.2</b>	558	98	<b>656</b>

Aquí se observa que el 90 % de la población alcohólica que se atiende en los consultorios externos de farmacodependencia del HNGAI es masculina. Mientras que solo el 10% es de sexo femenino.



**Tabla 2**

**POBLACIÓN TOTAL DE ALCOHÓLICOS AGRUPADA POR EDADES ATENDIDA  
EN EL SERVICIO DE FARMACODEPENDENCIA DEL HNGAI DURANTE LOS  
PRIMEROS SEIS MESES DEL AÑO 2007.**

	<b>10-20</b>	<b>21-30</b>	<b>31-40</b>	<b>41-50</b>	<b>51-60</b>	<b>61-70</b>	<b>71-80</b>	<b>81-90</b>	<b>Total</b>
<b>F10.2</b>	10	8	85	157	141	175	77	3	<b>656</b>

Aquí se observa que el grueso de la población alcohólica que se atiende en los Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI se encuentra entre los 41 a 70 años de edad.

Por lo tanto, de acuerdo a las dos tablas presentadas líneas arriba y para propósitos prácticos, se ha establecido un promedio mensual de pacientes atendidos que es igual a 109. Lo cual se ha obtenido dividiendo el total de alcohólicos atendidos en seis meses (656) entre seis.

Dada la naturaleza del estudio la muestra será intencional ya que trabajamos: a) con una población cautiva b) por su accesibilidad a la consulta y c) por ser un número relativamente manejable para el estudio.

La muestra será recogida en un periodo de 1mes máximo, teniéndose en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

**Los Criterios de Inclusión son:**

- ☐ Ser diagnosticado alcohólico bajo los criterios del CIE 10.
- ☐ Estar recibiendo tratamiento en consultorios externos de Farmacodependencia del HNGAI.
- ☐ Ser mayor de 20 años.
- ☐ Ambos Sexos.

**Los Criterios de Exclusión son:**

- ☐ Pacientes con otra enfermedad psiquiátrica agregada.
- ☐ Pacientes con otro tipo de adicción cualquiera esta sea.
- ☐ No aceptan participar en la investigación.

## **D) TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

- **Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)**

Este instrumento fue diseñado por Mc. Connaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer en 1983. (Prochaska, 2001). Este instrumento es un autoinforme que tiene por finalidad evaluar el estadio de cambio respecto a la modificación de cualquier conducta problema, la conducta adictiva en nuestro caso.

### **Validez y Confiabilidad**

La Escala fue sometida a estudio por Fasce (2003) en Lima, tuvo doble traducción, por hallarse en inglés. Luego se sometió a criterio de jueces (7), para establecer tanto la validez de contenido, como la correcta adaptación de la redacción, así como para establecer el índice de pertenencia al área, obteniéndose entre 80% y 100%.

La Escala se aplicó a una muestra piloto para determinar la validez y confiabilidad estadísticamente mediante el coeficiente R de Pearson y la prueba de consistencia interna Alpha de Crombach, encontrándose un valor de 0.79, lo que nos indica una confiabilidad moderada para la prueba.

La Escala URICA evalúa cuatro de los cinco estadios de cambio existentes: Precontemplación (PC), Contemplación (C), Acción (A) y Mantenimiento (M), consta de 32 ítems.

Prochaska y DiClemente (1992) señalan que la ventaja principal de este instrumento es su mayor precisión para evaluar el grado de intención o disposición para el cambio.

El Escalamiento Likert es: TD – D – I – A- TA.

- **Escala de Evaluación de Calidad de Vida de D. Olson y H. Barnes.**

Esta escala fue construida por Olson y Barnes en 1982 y adaptada a la realidad peruana por José Anicama G. el año 2002.

Los objetivos de la escala fueron medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de las experiencias vitales de los individuos como por ejemplo: vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

Se desarrollaron dos instrumentos para medir la calidad de vida, estos fueron: Versión padres con 43 ítems y 12 áreas (vida marital y familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad). Versión para adolescentes con 25 preguntas con las mismas áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo. Diecinueve preguntas son comunes a las dos escalas, 21 son sólo para adultos y 6 aparecen únicamente en la forma para adolescentes.

En este trabajo se ha cogido la versión para adultos (padres); por el tipo de muestra que se tiene, alcohólicos mayores de 20 años.

**Validez y Confiabilidad.-** La escala fue sometida a Criterio de Jueces (siete).

El análisis factorial con rotación varimax para la escala total, resultó en la delineación de 12 factores. En general, el análisis factorial sustentó la estructura conceptual inicial de la escala con pocas excepciones.

La confiabilidad a través del método test-retest, se efectuó con 124 sujetos. La correlación de Pearson para la escala total es de 0,64. La confiabilidad de la consistencia interna se halló con el coeficiente de confiabilidad Alpha de Crombach, siendo para la escala padres igual a 0,92.

### **E) PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.**

Se coordinó con la sede del estudio para aplicar los instrumentos a la población que cumpliera con los criterios de inclusión.

Al momento de la aplicación se dio a conocer a los participantes el objetivo de la investigación, se les proporcionó por escrito y se leyó en voz alta el consentimiento informado.

Se aplicaron los instrumentos en la sede de estudio previa coordinación de fechas, horarios, y explicación del llenado. Se llegó a obtener la participación de 113 participantes, pero durante la revisión exhaustiva post recolección de instrumentos llenados; se depuraron 3 de éstos por no estar respondidos todos los ítems respectivos. Llegándose a quedar solo 110 pacientes alcohólicos como muestra total y absoluta.

Terminado esto se procedió a someter a análisis estadísticos los datos obtenidos para la elaboración de los resultados. Para el análisis de los Instrumentos de esta investigación se emplearon estadísticos descriptivos como cuadros de frecuencia, medias, gráficos y tablas cruzadas.

### **F) PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.**

Con los datos obtenidos se procedió a elaborar una base de datos para aplicar un análisis estadístico utilizando el SPSS versión 15.0. Finalmente el análisis e interpretación de datos se realizó de acuerdo a los cuadros de frecuencia, medias, gráficos y tablas cruzadas que se presentaron. Centrándose en los aspectos mas resaltantes y significativos.

### **G) CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

La Investigación se realizó luego de contar con la anuencia consciente, libre e informada del individuo, el cual mantenía un estado físico, psíquico y jurídico compatible con su derecho a elegir.

### CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

#### A) PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

- **Características de la Muestra**

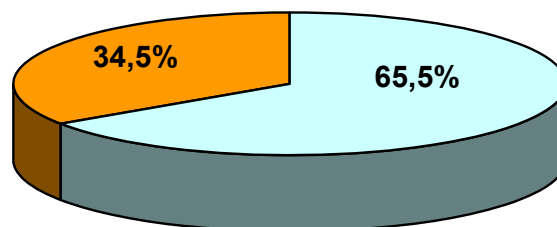
La Tabla 3 y el Grafico 1 presentan la distribución de la muestra de pacientes alcohólicos según sexo. Se aprecia que el 65.5% de la muestra son varones y el 34.5% son mujeres.

**Tabla 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO**

SEXO	FREC.	%
Masculino	72	65.5
Femenino	38	34.5
Total	110	100.0

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicado a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

**GRAFICO N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO**



■ Masculino ■ Femenino

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

Para facilitar el análisis de los datos, se consideró conveniente reagrupar a los integrantes de la muestra, en función de intervalos de edad, siendo el criterio formar grupos con ciertas etapas evolutivas y así hacerlos comparables estadísticamente. La Tabla 4 y el Grafico 2 presentan la distribución de la muestra según intervalos de edad. Se aprecia que el 34.5% de la muestra se encuentran en el intervalo de 30 a 39 años, el 28.2% se encuentra en el intervalo de 40 a 49 años y el 20.9% se encuentran en el intervalo de 50 años a más.

**Tabla 4**

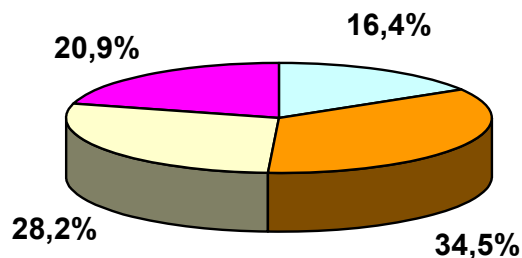
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN INTERVALOS DE EDAD**

INTERVALOS	FREC.	%
20 a 29 años	18	16.4
30 a 39 años	38	34.5
40 a 49 años	31	28.2
50 a más	23	20.9
Total	110	100.0

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

**GRAFICO N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN INTERVALO DE EDAD**



20 a 29 Años 30 a 39 Años 40 a 49 años 50 a más

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

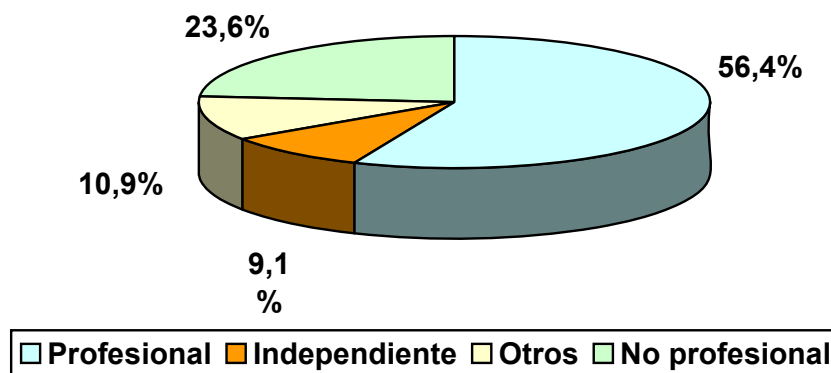
La Tabla 5 y el Grafico 3 presentan la distribución de la muestra según ocupación. Se aprecia que el 56.4% de la muestra es profesional, el 23.6% es no profesional y el 10.9% se encuentra en la categoría de otros.

**Tabla 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NIVEL OCUPACIÓN**

OCUPACIÓN	FREC.	%
Profesional	62	56.4
Independiente	10	9.1
Otros	12	10.9
No profesional	26	23.6
Total	110	100.0

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

**GRAFICO N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN INTERVALO DE EDAD**



FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

La Tabla 6 y el Grafico 4 presentan la distribución de la muestra según condición laboral. Se aprecia que el 94.5% de la muestra está empleado y el 5.5% se encuentra desempleado.

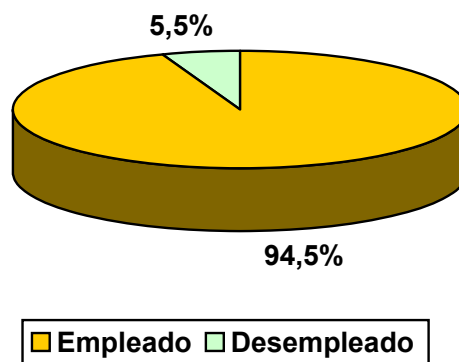
**Tabla 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONDICIÓN LABORAL**

<b>CONDICIÓN LABORAL</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>
<b>Empleado</b>	104	94.5
<b>Desempleado</b>	6	5.5
<b>Total</b>	110	100.0

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

**GRAFICO N° 4**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONDICION LABORAL**



**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008



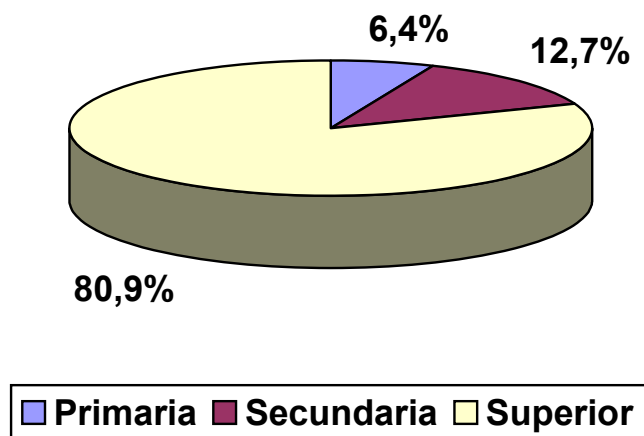
La Tabla 7 y el Grafico 5 presentan la distribución de la muestra según grado de instrucción. Se aprecia que el 80.9% de la muestra tiene educación superior, el 12.7% tiene secundaria y el 6.4% tiene primaria.

**Tabla 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	7	6.4
<b>Secundaria</b>	14	12.7
<b>Superior</b>	89	80.9
<b>Total</b>	110	100.0

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

**GRAFICO N° 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

La Tabla 8 y el Grafico 6 presentan la distribución de la muestra según tiempo de consumo. Se aprecia que el 52.7% se ubica por encima de los 9 años de consumo, el 31.8% se encuentra en el intervalo de 6 a 8 años de consumo y el 15.5% tiene entre 3 a 5 años de consumo.

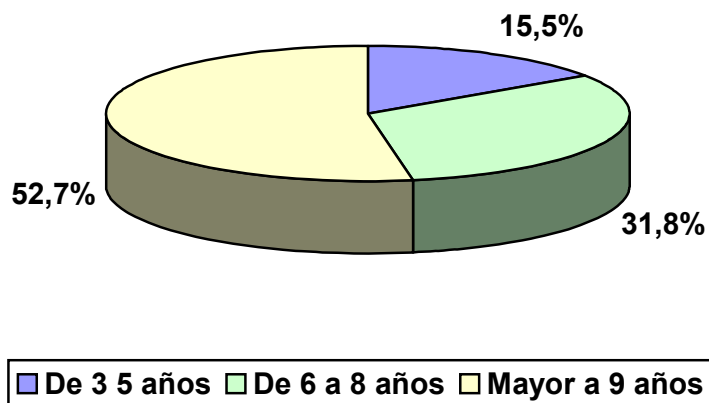
**Tabla 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO**

INTERVALOS	FREC.	%
De 3 a 5 años	17	15.5
De 6 a 8 años	35	31.8
Mayor a 9 años	58	52.7
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

**GRAFICO N° 6**

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO  
DE CONSUMO**



FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

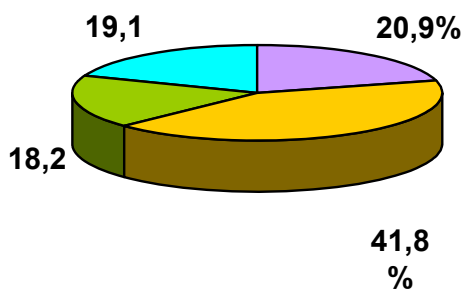
La Tabla 9 y el Grafico 7 presentan la distribución de la muestra según tiempo de abstinencia. Se aprecia que el 41.8% tiene de 1 a 4 semanas de abstinencia, el 20.9% se encuentra en un tiempo de abstinencia menor a 1 semana y el 19.1% tiene más de 13 semanas de abstinencia.

**Tabla 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO DE ABSTINENCIA**

INTERVALOS	FREC.	%
Menor a 1 semana	23	20.9
De 1 a 4 semanas	46	41.8
De 5 a 8 semanas	20	18.2
Más de 13 semanas	21	19.1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

**GRAFICO N° 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO DE ABSTINENCIA**



■ Menor de 1 sem. ■ de 1 a 4 Sem. ■ De 5 a 8 Sem ■ Más de 13 Sem.

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

- **Análisis para la Variable Estadios de Cambio**

Se realizó una prueba de bondad de ajuste, para determinar si la variable estadios de cambio presentaba una distribución normal.

La Tabla 10 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Se observa que ninguno de los componentes de esta variable presenta una distribución normal ( $p < .05$ ) y por lo tanto se deberá emplear estadísticas no paramétricas para su análisis.

**Tabla 10**

**RESULTADOS DE LA PRUEBA DE BONDAD DE AJUSTE  
PARA ESTADIOS DE CAMBIO**

<b>VARIABLE</b>	<b>K-S</b>	<b>P</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	4.728 ***	0.000
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	2.025 ***	0.001
<b>ACCIÓN</b>	2.725 ****	0.000
<b>MANTENIMIENTO</b>	2.382 ***	0.000
*** Altamente significativo ( $p < .001$ )		

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008.

En la Tabla 11 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable estadios de cambio según sexo. Se observa que los promedios del grupo masculino son superiores a los del grupo femenino en casi todas las sub-escalas de estadios de cambio, con excepción de la sub-escala mantenimiento en donde las mujeres obtuvieron mayor promedio.

Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que ambos grupos se muestran con dispersiones elevadas.

**Tabla 11**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE**  
**VARIACIÓN PARA ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN SEXO**

SUB-ESCALAS	SEXO	PROM.	D.E.	C.V.
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	MASCULINO	16.82	9.12	54.22
	FEMENINO	16.71	9.41	56.31
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	MASCULINO	31.40	8.66	27.58
	FEMENINO	30.84	8.28	26.85
<b>ACCIÓN</b>	MASCULINO	21.39	8.90	41.61
	FEMENINO	20.50	9.57	46.68
<b>MANTENIMIENTO</b>	MASCULINO	16.10	6.52	40.50
	FEMENINO	17.21	7.19	41.78

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
 Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la “U” de Mann-Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo femenino y el masculino eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 12 que no existen diferencias significativas ( $p > .05$ ) en todas las sub-escalas de estadios de cambio.

**Tabla 12**  
**VALORES “U” DE MANN - WHITNEY PARA DETERMINAR DIFERENCIAS**  
**SIGNIFICATIVAS EN ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN SEXO**

SUB-ESCALAS	“U”	Z	P
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	1326.0	0.277 ns	0.782
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	1235.0	0.839 ns	0.401
<b>ACCIÓN</b>	1141.5	1.437 ns	0.151
<b>MANTENIMIENTO</b>	1256.0	0.714 ns	0.475
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )			

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
 Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 13 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable estadios de cambio según edad. Se observa que los promedios se incrementan en la edad adulta, con excepción de la sub-escala acción, en la cual disminuye. Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas en todas las sub-escalas.

**Tabla 13**

**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE VARIACIÓN PARA ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN EDAD**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>EDADES</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	20 a 29 años	15.81	9.31	58.89
	30 a 39 años	16.00	8.62	53.88
	40 a 49 años	17.97	10.01	55.70
	50 a más	17.17	9.14	53.23
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	20 a 29 años	30.17	7.45	24.69
	30 a 39 años	32.16	8.30	25.81
	40 a 49 años	31.26	9.26	29.62
	50 a más	30.39	8.89	29.25
<b>ACCIÓN</b>	20 a 29 años	22.94	10.59	46.16
	30 a 39 años	20.45	8.40	41.08
	40 a 49 años	21.61	9.80	45.35
	50 a más	19.96	8.31	41.63
<b>MANTENIMIENTO</b>	20 a 29 años	17.78	7.40	41.62
	30 a 39 años	16.71	7.34	43.93
	40 a 49 años	15.13	4.99	32.98
	50 a más	19.96	8.31	41.63

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los grupos de edades eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 14 que no existen diferencias significativas ( $p > .05$ ) según edad en ninguna de las sub-escalas de estadios de cambio.

**Tabla 14**  
**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS**  
**SIGNIFICATIVAS EN ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN EDAD**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>"X<sup>2</sup>"</b>	<b>P</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	5.078 ns	0.166
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	1.852 ns	0.604
<b>ACCIÓN</b>	0.545 ns	0.909
<b>MANTENIMIENTO</b>	1.065 ns	0.786
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )		

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008.

En la Tabla 15 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable estadios de cambio según ocupación. Se observa que los promedios oscilan de una categoría profesional a otra indistintamente.

Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas en todas las sub-escalas.

**Tabla 15**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE**  
**VARIACIÓN PARA ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN OCUPACIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	Profesional	16.48	8.80	53.40
	Independiente	19.10	11.71	61.31
	Otros	16.33	8.99	55.05
	No profesional	16.81	9.51	56.57
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	Profesional	32.16	8.81	27.39
	Independiente	29.10	8.86	30.45
	Otros	29.67	7.45	25.11
	No profesional	30.46	8.20	26.92
<b>ACCIÓN</b>	Profesional	20.55	9.05	44.04
	Independiente	18.20	8.07	44.34
	Otros	22.50	7.74	34.40
	No profesional	22.81	10.16	44.54
<b>MANTENIMIENTO</b>	Profesional	15.77	5.78	36.65
	Independiente	16.60	8.57	51.63
	Otros	21.17	9.75	46.06
	No profesional	15.96	6.04	37.84

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008



A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los grupos de ocupación eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 16 que no existen diferencias significativas ( $p > .05$ ) según ocupación en ninguna de las sub-escalas de estadios de cambio.

**Tabla 16**

**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN OCUPACIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>"X<sup>2</sup>"</b>	<b>P</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	0.232 ns	0.972
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	1.805 ns	0.614
<b>ACCIÓN</b>	3.224 ns	0.358
<b>MANTENIMIENTO</b>	2.676 ns	0.444
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )		

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 17 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable estadios de cambio según condición laboral. Se observa que los promedios del grupo empleado son superiores a los del grupo desempleado en contemplación y mantenimiento; mientras que el grupo de desempleados destaca en las otras dos sub-escalas (precontemplación y acción). Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que ambos grupos se muestran con dispersiones elevadas.

**Tabla 17**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE**  
**VARIACIÓN PARA ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN CONDICIÓN LABORAL**

SUB-ESCALAS	CONDICIÓN	PROM.	D.E.	C.V.
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	Empleado	16.33	8.74	53.52
	Desempleado	24.67	13.53	54.84
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	Empleado	31.45	8.36	26.58
	Desempleado	27.00	10.58	39.19
<b>ACCIÓN</b>	Empleado	21.28	9.08	42.67
	Desempleado	27.00	10.58	39.19
<b>MANTENIMIENTO</b>	Empleado	21.28	9.08	42.67
	Desempleado	17.67	9.61	54.39

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la “U” de Mann-Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo empleado y desempleado eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 18 que sólo existe una diferencia significativa ( $p < .05$ ) en la sub-escala de mantenimiento, donde destacan los empleados.

**Tabla 18**

**VALORES “U” DE MANN-WHITNEY PARA DETERMINAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN CONDICIÓN LABORAL**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“U”</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	191.5	1.664 ns	0.096
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	247.0	0.862 ns	0.389
<b>ACCIÓN</b>	214.5	1.296 ns	0.195
<b>MANTENIMIENTO</b>	143.5	2.250 *	0.024
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )			
Diferencias significativas ( $p < .05$ )			

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 19 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable estadios de cambio según grado de instrucción. Se observa que los promedios se incrementan o disminuyen indistintamente del grado de instrucción. Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas.

**Tabla 19**

**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE VARIACIÓN  
PARA ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>GRADO</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	Primaria	15.86	9.37	59.08
	Secundaria	18.86	10.97	58.17
	Superior	16.53	8.93	54.02
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	Primaria	31.57	7.96	25.21
	Secundaria	28.79	8.59	29.84
	Superior	31.56	8.56	27.12
<b>ACCIÓN</b>	Primaria	20.71	10.48	50.60
	Secundaria	20.50	8.28	40.39
	Superior	21.20	9.21	43.44
<b>MANTENIMIENTO</b>	Primaria	17.43	7.02	40.28
	Secundaria	18.57	9.44	50.83
	Superior	16.08	6.23	38.74

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los grados de instrucción eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 20 que no existen diferencias significativas ( $p > .05$ ) según grado de instrucción en ninguna de las sub-escalas de estadios de cambio.

**Tabla 20**

**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>"X<sup>2</sup>"</b>	<b>P</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	0.153 ns	0.696
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	0.245 ns	0.621
<b>ACCIÓN</b>	0.184 ns	0.668
<b>MANTENIMIENTO</b>	0.006 ns	0.940
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )		

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 21 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable estadios de cambio según tiempo de consumo. Se observa que los promedios se incrementan o disminuyen indistintamente con el tiempo de consumo, con excepción de la sub-escala de mantenimiento en la que se observa que aumentan con el tiempo de consumo. Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas.

**Tabla 21**

**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE VARIACIÓN  
PARA ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	3 a 5 años	20.94	12.24	58.45
	6 a 8 años	14.37	6.24	43.42
	Mayor a 9 años	17.02	9.32	54.76
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	3 a 5 años	30.24	9.95	32.90
	6 a 8 años	31.77	7.52	23.67
	Mayor a 9 años	31.16	8.73	28.02
<b>ACCIÓN</b>	3 a 5 años	15.88	6.17	38.85
	6 a 8 años	24.77	10.69	43.16
	Mayor a 9 años	20.38	7.91	38.81
<b>MANTENIMIENTO</b>	3 a 5 años	12.88	5.81	45.11
	6 a 8 años	16.94	4.91	28.98
	Mayor a 9 años	17.26	7.65	44.32

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los años de consumo eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 22 que existen dos diferencias significativas en las sub-escalas: acción y mantenimiento ( $p < .01$ ).

**Tabla 22**

**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>"X<sup>2</sup>"</b>	<b>P</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	1.631 ns	0.442
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	0.157 ns	0.924
<b>ACCIÓN</b>	9.999 **	0.007
<b>MANTENIMIENTO</b>	10.337 **	0.006
n.s. No significativo ( $p > .05$ )		
** Diferencias muy significativas ( $p < .01$ )		

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008.

En la Tabla 23 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable estadios de cambio según tiempo de abstinencia. Se observa que los promedios se incrementan o disminuyen indistintamente con el tiempo de abstinencia, con excepción de la sub-escala precontemplación en la que se observa que disminuyen con el tiempo de abstinencia. Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas.

**Tabla 23**

**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE VARIACIÓN  
PARA ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN TIEMPO DE ABSTINENCIA**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>PRECONTEMPLACION</b>	Menor a 1 semana	21.26	11.59	54.52
	De 1 a 4 semanas	16.48	8.90	54.00
	De 5 a 8 semanas	14.40	6.86	47.64
	Más de 13 semanas	14.81	7.41	50.03
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	Menor a 1 semana	30.83	11.05	35.84
	De 1 a 4 semanas	34.33	8.80	25.63
	De 5 a 8 semanas	28.10	5.16	18.36
	Más de 13 semanas	27.76	3.43	12.36
<b>ACCIÓN</b>	Menor a 1 semana	14.35	1.90	13.24
	De 1 a 4 semanas	17.61	6.84	38.84
	De 5 a 8 semanas	32.00	9.07	28.34
	Más de 13 semanas	25.67	6.55	25.52
<b>MANTENIMIENTO</b>	Menor a 1 semana	12.17	2.92	23.99
	De 1 a 4 semanas	13.63	3.12	22.89
	De 5 a 8 semanas	17.70	2.92	16.50
	Más de 13 semanas	16.48	6.74	40.90

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008



A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los años de abstinencia eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 24 que existen tres diferencias significativas en las sub-escalas: contemplación, acción y mantenimiento ( $p < .01$  y  $.001$ ).

**Tabla 24**

**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN ESTADIOS DE CAMBIO SEGÚN TIEMPO DE ABSTINENCIA**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“X<sup>2</sup>”</b>	<b>P</b>
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	4.578 ns	0.205
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	15.109 **	0.002
<b>ACCIÓN</b>	45.948 ***	0.000
<b>MANTENIMIENTO</b>	49.644 ***	0.000
n.s. No significativo ( $p > .05$ )		
** Diferencias muy significativas ( $p < .01$ )		
*** Diferencias altamente significativas ( $p < .001$ )		

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

- **Análisis para la Variable Calidad de Vida**

Se realizó una prueba de bondad de ajuste, para determinar si la variable calidad de vida presentaba una distribución normal. La Tabla 25 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Se observa que ninguno de los componentes de esta variable presenta una distribución normal ( $p < .05$ ) y por lo tanto se deberá emplear estadísticas no paramétricas para su análisis.

**Tabla 25**  
**RESULTADOS DE LA PRUEBA DE BONDAD DE AJUSTE**  
**PARA CALIDAD DE VIDA**

<b>VARIABLE</b>	<b>K-S</b>	<b>P</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	1.935 ***	0.001
<b>AMIGOS</b>	1.625 **	0.010
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	2.393 ****	0.000
<b>SALUD</b>	1.998 ***	0.001
<b>HOGAR</b>	1.935 ***	0.001
<b>EDUCACIÓN</b>	1.814 **	0.003
<b>TIEMPO</b>	2.123 ***	0.000
<b>RELIGIÓN</b>	1.815 **	0.003
<b>EMPLEO</b>	2.123 ***	0.000
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	1.814 **	0.003
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	1.450 *	0.030
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	1.516 *	0.020
* Significativo ( $p < .05$ ) ** Muy significativo ( $p < .01$ ) *** Altamente significativo ( $p < .001$ )		

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 26 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable calidad de vida según sexo. Se observa que los promedios del grupo femenino son superiores a los del grupo masculino en casi todas las sub-escalas de calidad de vida, con excepción de la sub-escala salud en donde los varones obtuvieron mayor promedio. Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que ambos grupos se muestran con dispersiones elevadas, en la mayoría de sub-escalas; sin embargo, las mujeres presentan dispersiones aceptables en la sub-escala educación y en vecindario y comunidad.

**Tabla 26**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE**  
**VARIACIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>SEXO</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	MASCULINO	11.21	3.68	32.83
	FEMENINO	12.05	4.10	34.02
<b>AMIGOS</b>	MASCULINO	2.63	1.26	47.91
	FEMENINO	2.97	1.33	44.78
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	MASCULINO	2.57	1.58	61.48
	FEMENINO	2.82	1.47	52.13
<b>SALUD</b>	MASCULINO	6.64	2.09	31.48
	FEMENINO	6.63	1.82	27.45
<b>HOGAR</b>	MASCULINO	13.06	4.01	30.70
	FEMENINO	14.29	3.99	27.92
<b>EDUCACIÓN</b>	MASCULINO	5.58	1.40	25.09
	FEMENINO	6.13	1.51	24.63

<b>TIEMPO</b>	MASCULINO	4.86	2.07	42.59
	FEMENINO	5.34	1.84	34.46
<b>RELIGIÓN</b>	MASCULINO	5.38	2.17	40.33
	FEMENINO	5.39	2.42	44.90
<b>EMPLEO</b>	MASCULINO	4.86	2.07	42.59
	FEMENINO	5.34	1.84	34.46
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	MASCULINO	9.38	2.64	28.14
	FEMENINO	9.66	2.50	25.88
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	MASCULINO	12.71	5.43	42.72
	FEMENINO	13.50	4.88	36.15
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	MASCULINO	16.06	3.91	24.35
	FEMENINO	17.76	4.06	22.86

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la “U” de Mann-Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo femenino y el masculino eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 27 que existe una diferencia significativa ( $p < .05$ ) en la sub-escala educación de calidad de vida, donde destaca el promedio del grupo femenino.

**Tabla 27**  
**VALORES “U” DE MANN-WHITNEY PARA DETERMINAR DIFERENCIAS**  
**SIGNIFICATIVAS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“U”</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	1208.5	1.010 ns	0.313
<b>AMIGOS</b>	1171.0	1.269 ns	0.204
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	1246.5	0.788 ns	0.431
<b>SALUD</b>	1347.5	0.132 ns	0.895
<b>HOGAR</b>	1135.0	1.472 ns	0.141
<b>EDUCACIÓN</b>	1061.5	1.981 *	0.048
<b>TIEMPO</b>	1142.0	1.351 ns	0.177
<b>RELIGIÓN</b>	1357.0	0.070 ns	0.944
<b>EMPLEO</b>	1142.0	1.351 ns	0.177
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	1247.5	0.765 ns	0.444
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	1201.0	1.054 ns	0.292
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	1098.0	1.706 ns	0.088

n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )

\* Diferencias significativas ( $p < .05$ )

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 28 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable calidad de vida según edad. Se observa que los promedios se incrementan o disminuyen indistintamente en algunas sub-escalas; sin embargo, se ha identificado un patrón de incremento con la edad en las sub-escalas: vida marital y familiar, salud, educación, tiempo y empleo.

Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que la mayoría de los grupos presentan dispersiones elevadas en casi todas las sub-escalas; sin embargo, se han identificado algunas dispersiones aceptables en la sub-escala salud, para el grupo de 50 a más años; en la sub-escala hogar, para el grupo de de 40 a 49 años; en la sub-escala educación, para los grupos de 40 a 49 años y 50 a más años; en la sub-escala medios de comunicación, para el grupo de 20 a 29 años y en la sub-escala vecindario y comunidad, en todos los grupos de edad

**Tabla 28**

**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE VARIACIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EDAD**

SUB-ESCALAS	EDADES	PROM.	D.E.	C.V.
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	20 a 29 años	10.61	3.33	31.39
	30 a 39 años	11.00	3.57	32.45
	40 a 49 años	11.10	4.14	37.30
	50 a más	13.57	3.69	27.19

<b>AMIGOS</b>	20 a 29 años	2.67	2.28	85.39
	30 a 39 años	2.66	1.17	43.98
	40 a 49 años	2.71	1.30	47.97
	50 a más	3.00	1.51	50.33
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	20 a 29 años	2.72	1.53	56.25
	30 a 39 años	2.84	1.50	52.82
	40 a 49 años	1.81	1.20	66.30
	50 a más	3.43	1.60	46.65
<b>SALUD</b>	20 a 29 años	5.56	2.04	36.69
	30 a 39 años	6.08	1.79	29.44
	40 a 49 años	7.19	1.99	27.68
	50 a más	7.65	1.64	21.44
<b>HOGAR</b>	20 a 29 años	11.83	4.33	36.60
	30 a 39 años	12.47	3.99	32.00
	40 a 49 años	15.06	3.32	22.05
	50 a más	14.30	4.01	28.04
<b>EDUCACIÓN</b>	20 a 29 años	5.17	1.69	32.69
	30 a 39 años	5.47	1.59	29.07
	40 a 49 años	6.13	1.26	20.55
	50 a más	6.26	1.01	16.13
<b>TIEMPO</b>	20 a 29 años	4.33	1.75	40.42
	30 a 39 años	4.47	1.78	39.82
	40 a 49 años	5.61	2.33	41.53
	50 a más	5.73	1.61	28.10

<b>RELIGIÓN</b>	20 a 29 años	5.83	2.18	37.39
	30 a 39 años	5.79	2.13	36.79
	40 a 49 años	4.68	2.34	50.00
	50 a más	5.30	2.27	42.83
<b>EMPLEO</b>	20 a 29 años	4.33	1.75	40.42
	30 a 39 años	4.47	1.78	39.82
	40 a 49 años	5.61	2.33	41.53
	50 a más	5.73	1.61	28.10
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	20 a 29 años	9.44	1.92	20.34
	30 a 39 años	9.79	2.46	25.13
	40 a 49 años	8.45	2.19	25.92
	50 a más	10.35	3.31	31.98
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	20 a 29 años	10.94	4.37	39.95
	30 a 39 años	11.53	4.65	40.33
	40 a 49 años	14.90	5.97	40.07
	50 a más	14.39	4.69	32.59
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	20 a 29 años	16.00	3.52	22.00
	30 a 39 años	15.82	3.93	24.84
	40 a 49 años	16.71	3.96	23.70
	50 a más	18.43	4.29	23.28

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008



A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los grupos de edades eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 29 que existen siete diferencias significativas ( $p < .05$ ,  $.01$  y  $.001$ ) según edad, específicamente en las sub-escalas de calidad de vida: familia extensa, salud, hogar, educación, tiempo, empleo y bienestar económico.

**Tabla 29**  
**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS**  
**SIGNIFICATIVAS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN EDAD**

SUB-ESCALAS	"X <sup>2</sup> "	P
VIDA MARITAL Y FAMILIAR	6.114 ns	0.106
AMIGOS	0.834 ns	0.841
FAMILIA EXTENSA	15.863 ***	0.001
SALUD	16.866 ***	0.001
HOGAR	11.449 **	0.010
EDUCACIÓN	9.972 *	0.019
TIEMPO	10.467 *	0.015
RELIGIÓN	5.479 ns	0.140
EMPLEO	10.467 *	0.015
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	7.763 ns	0.051
BIENESTAR ECONÓMICO	9.935 *	0.019
VECINDARIO Y COMUNIDAD	6.968 ns	0.072
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ ) * Diferencias significativas ( $p < .05$ ) ** Diferencias muy significativas ( $p < .01$ ) ***. Diferencias altamente significativas ( $p < .001$ )		

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 30 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable calidad de vida según ocupación. Se observa que los promedios oscilan de una categoría profesional a otra indistintamente en algunas sub-escalas; sin embargo, se han identificado que en la mayoría de éstas: amigos, salud, hogar, educación, tiempo, empleo y bienestar económico, los promedios disminuyen de acuerdo al continuum profesional-profesional.

Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas en la mayoría de sub-escalas; sin existen otras en las cuales la dispersión es aceptable: educación, en el grupo no profesional; medios de comunicación, en el grupo profesional; y, en vecindario y comunidad, en los grupos profesional e independiente.

**Tabla 30**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE**  
**VARIACIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN OCUPACIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	Profesional	11.39	3.61	31.69
	Independiente	12.70	4.57	35.98
	Otros	12.25	5.10	41.63
	No profesional	10.96	3.47	31.66
<b>AMIGOS</b>	Profesional	2.97	1.16	39.06
	Independiente	2.60	1.43	55.00
	Otros	2.58	1.56	60.47
	No profesional	2.35	1.36	57.87
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	Profesional	2.76	1.46	52.90
	Independiente	2.40	1.51	62.92
	Otros	2.50	1.45	58.00
	No profesional	2.58	1.84	71.32

<b>SALUD</b>	Profesional	7.26	1.18	16.25
	Independiente	6.10	2.56	41.97
	Otros	6.17	1.99	32.25
	No profesional	5.58	1.92	34.41
<b>HOGAR</b>	Profesional	14.39	3.73	25.92
	Independiente	13.80	4.76	34.49
	Otros	12.92	4.36	33.75
	No profesional	11.46	3.74	32.64
<b>EDUCACIÓN</b>	Profesional	6.29	1.27	20.19
	Independiente	5.60	1.58	28.21
	Otros	5.17	1.75	33.85
	No profesional	4.88	1.18	24.18
<b>TIEMPO</b>	Profesional	5.70	1.87	32.81
	Independiente	4.60	2.12	46.09
	Otros	4.33	2.02	46.65
	No profesional	3.92	1.63	41.58
<b>RELIGIÓN</b>	Profesional	5.00	2.23	44.60
	Independiente	4.80	2.30	47.92
	Otros	6.17	2.37	38.41
	No profesional	6.15	2.05	33.33
<b>EMPLEO</b>	Profesional	5.70	1.87	32.81
	Independiente	4.60	2.12	46.09
	Otros	4.33	2.02	46.65
	No profesional	3.92	1.62	41.33

<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	Profesional	9.55	2.21	23.14
	Independiente	8.30	2.41	29.04
	Otros	10.08	2.99	29.66
	No profesional	9.46	3.22	34.04
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	Profesional	14.55	4.74	32.58
	Independiente	13.20	6.05	45.83
	Otros	12.33	6.30	51.09
	No profesional	9.46	3.89	41.12
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	Profesional	17.24	3.92	22.74
	Independiente	17.30	3.77	21.79
	Otros	16.92	4.38	25.89
	No profesional	14.85	3.90	26.26

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los grupos de ocupación eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 31 que existen seis diferencias significativas ( $p < .05$ ,  $.01$  y  $.001$ ) según ocupación en las sub-escalas de calidad de vida: salud, hogar, educación, tiempo empleo y bienestar económico.

**Tabla 31**  
**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS**  
**SIGNIFICATIVAS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN OCUPACIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“X<sup>2</sup>”</b>	<b>P</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	2.006 ns	0.571
<b>AMIGOS</b>	4.662 ns	0.198
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	1.119 ns	0.772
<b>SALUD</b>	13.710 **	0.003
<b>HOGAR</b>	10.732 *	0.013
<b>EDUCACIÓN</b>	21.374 ***	0.000
<b>TIEMPO</b>	18.264 ***	0.000
<b>RELIGIÓN</b>	6.753 ns	0.080
<b>EMPLEO</b>	18.264 ***	0.000
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	4.074 ns	0.254
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	22.264 ***	0.000
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	6.768 ns	0.080
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ ) * Diferencias significativas ( $p < .05$ ) ** Diferencias muy significativas ( $p < .01$ ) ***. Diferencias altamente significativas ( $p < .001$ )		

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 32 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable calidad de vida según condición laboral. Se observa que los promedios del grupo empleado son superiores a los del grupo desempleado en la mayoría de sub-escalas, con excepción de: familia extensa y vecindario y comunidad, en las cuales los promedios del grupo desempleado son superiores.

Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que ambos grupos se muestran con dispersiones elevadas, con excepción de las sub-escalas: comunicación, para el grupo desempleado y vecindario y comunidad, también para el grupo desempleado.

**Tabla 32**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE VARIACIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN CONDICIÓN LABORAL**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>CONDICIÓN</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	Empleado	11.51	3.85	33.45
	Desempleado	11.33	3.83	33.80
<b>AMIGOS</b>	Empleado	2.79	1.28	45.88
	Desempleado	2.00	1.27	63.50
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	Empleado	2.63	1.51	57.41
	Desempleado	3.00	2.19	73.00
<b>SALUD</b>	Empleado	6.66	1.99	29.88
	Desempleado	6.17	2.14	34.68
<b>HOGAR</b>	Empleado	13.51	4.05	29.98
	Desempleado	13.00	4.10	31.54
<b>EDUCACIÓN</b>	Empleado	5.80	1.46	25.17
	Desempleado	5.33	1.37	25.70
<b>TIEMPO</b>	Empleado	5.08	1.99	39.17
	Desempleado	4.17	2.04	48.92
<b>RELIGIÓN</b>	Empleado	5.40	2.22	41.11
	Desempleado	5.00	2.97	59.40
<b>EMPLEO</b>	Empleado	5.08	1.99	39.17
	Desempleado	4.17	2.04	48.92
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	Empleado	9.54	2.61	27.36
	Desempleado	8.33	1.75	21.01
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	Empleado	13.07	5.26	40.24
	Desempleado	11.50	5.09	44.26
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	Empleado	16.63	4.05	24.35
	Desempleado	17.00	3.79	22.29

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la “U” de Mann-Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo empleado y desempleado eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 33 que no existe ninguna diferencia significativa ( $p > .05$ ) en las sub-escalas de calidad de vida, según condición laboral.

**Tabla 33**

**VALORES “U” DE MANN - WHITNEY PARA DETERMINAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN CONDICIÓN LABORAL**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“U”</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	289.0	0.305 ns	0.760
<b>AMIGOS</b>	205.0	1.444 ns	0.149
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	289.5	0.305 ns	0.760
<b>SALUD</b>	261.5	0.680 ns	0.496
<b>HOGAR</b>	287.0	0.331 ns	0.741
<b>EDUCACIÓN</b>	258.0	0.731 ns	0.465
<b>TIEMPO</b>	224.5	1.153 ns	0.249
<b>RELIGIÓN</b>	283.5	0.379 ns	0.704
<b>EMPLEO</b>	224.5	1.153 ns	0.249
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	238.0	0.983 ns	0.325
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	255.5	0.747 ns	0.455
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	291.0	0.278 ns	0.781
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )			

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 34 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable calidad de vida según grado de instrucción. Se observa que los promedios se incrementan o disminuyen indistintamente del grado de instrucción, en algunas sub-escalas; sin embargo, en la mayoría se observa que los promedios se incrementan con el avance del grado de instrucción: salud, hogar, educación, tiempo, empleo, medios de comunicación y bienestar económico. Por otro lado, en la sub-escala religión, se observa que los promedios disminuyen conforme se avanza en el grado de instrucción.

Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que la mayoría de los grupos presentan dispersiones elevadas, con excepción de las sub-escalas: educación, en los grupos de secundaria y superior; tiempo, en los grupos de primaria y superior; empleo, en el grupo de primaria; medios de comunicación, en el grupo de educación superior; bienestar económico, en el grupo de primaria; y, en vecindario y comunidad, en los grupos de primaria y superior.



**Tabla 34**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE**  
**VARIACIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>GRADO</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	Primaria	10.57	4.39	41.53
	Secundaria	11.79	4.25	36.05
	Superior	11.53	3.76	32.61
<b>AMIGOS</b>	Primaria	2.57	1.13	43.97
	Secundaria	2.64	1.39	52.65
	Superior	2.78	1.28	46.04
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	Primaria	1.43	1.13	79.02
	Secundaria	1.57	1.09	69.43
	Superior	2.92	1.52	52.05
<b>SALUD</b>	Primaria	4.57	1.40	30.63
	Secundaria	5.21	1.97	37.81
	Superior	7.02	1.84	26.21
<b>HOGAR</b>	Primaria	10.71	3.82	35.67
	Secundaria	11.64	3.61	31.01
	Superior	13.99	3.98	28.45
<b>EDUCACIÓN</b>	Primaria	4.14	1.35	32.61
	Secundaria	4.43	0.94	21.22
	Superior	6.11	1.33	21.77

<b>TIEMPO</b>	Primaria	3.29	0.76	23.10
	Secundaria	3.43	0.94	27.41
	Superior	6.11	1.33	21.77
<b>RELIGIÓN</b>	Primaria	6.57	2.15	32.72
	Secundaria	6.36	2.13	33.49
	Superior	5.13	2.23	43.47
<b>EMPLEO</b>	Primaria	3.29	0.76	23.10
	Secundaria	3.43	0.94	27.41
	Superior	5.42	1.99	36.72
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	Primaria	8.71	3.95	5.35
	Secundaria	9.21	3.49	37.89
	Superior	9.57	2.31	24.14
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	Primaria	6.86	0.90	13.12
	Secundaria	8.93	4.27	47.82
	Superior	14.10	4.94	35.04
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	Primaria	14.57	3.55	24.37
	Secundaria	13.71	3.77	27.50
	Superior	17.27	3.87	22.41

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los grados de instrucción eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 35 que no existen diferencias significativas ( $p > .05$ ) según grado de instrucción en ninguna de las sub-escalas de calidad de vida.

**Tabla 35**  
**VALORES DE KRUSKAL - WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS**  
**SIGNIFICATIVAS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“X<sup>2</sup>”</b>	<b>P</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	0.367 ns	0.545
<b>AMIGOS</b>	0.006 ns	0.938
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	0.716 ns	0.398
<b>SALUD</b>	0.479 ns	0.489
<b>HOGAR</b>	0.346 ns	0.557
<b>EDUCACIÓN</b>	0.222 ns	0.637
<b>TIEMPO</b>	0.108 ns	0.742
<b>RELIGIÓN</b>	0.002 ns	0.966
<b>EMPLEO</b>	0.108 ns	0.742
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	0.118 ns	0.731
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	0.846 ns	0.353
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	0.276 ns	0.599
n.s. Diferencias no significativas ( $p > .05$ )		

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 36 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable calidad de vida según tiempo de consumo. Se observa que los promedios se incrementan o disminuyen indistintamente con el tiempo de consumo, con excepción de las sub-escalas: amigos, salud, tiempo, empleo, medios de comunicación y bienestar económico, en las cuales los promedios se incrementan con el tiempo de consumo.

Por otro lado, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas, con excepción de la sub-escala vecindario y comunidad, en la cual se observan dispersiones aceptables en los grupos de 3 a 5 años y 8 a 8 años

**Tabla 36**  
**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE**  
**VARIACIÓN PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	3 a 5 años	11.41	4.02	35.23
	6 a 8 años	11.89	3.83	32.21
	Mayor a 9 años	11.29	3.83	33.92
<b>AMIGOS</b>	3 a 5 años	2.47	1.23	49.80
	6 a 8 años	2.69	1.18	43.87
	Mayor a 9 años	2.86	1.37	47.90
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	3 a 5 años	3.12	1.65	52.88
	6 a 8 años	2.46	1.56	63.41
	Mayor a 9 años	2.64	1.50	56.82
<b>SALUD</b>	3 a 5 años	6.24	1.75	28.04
	6 a 8 años	6.60	1.82	27.58
	Mayor a 9 años	6.78	2.17	32.01
<b>HOGAR</b>	3 a 5 años	12.71	4.34	34.15
	6 a 8 años	13.97	4.39	31.42
	Mayor a 9 años	13.41	3.74	27.89

<b>EDUCACIÓN</b>	3 a 5 años	5.41	1.54	28.47
	6 a 8 años	5.89	1.47	24.96
	Mayor a 9 años	5.81	1.43	24.61
<b>TIEMPO</b>	3 a 5 años	4.35	1.80	41.38
	6 a 8 años	5.09	1.74	34.18
	Mayor a 9 años	5.19	2.18	42.00
<b>RELIGIÓN</b>	3 a 5 años	5.41	2.00	36.97
	6 a 8 años	5.37	2.25	41.90
	Mayor a 9 años	5.38	2.35	43.68
<b>EMPLEO</b>	3 a 5 años	4.35	1.80	41.38
	6 a 8 años	5.09	1.74	34.18
	Mayor a 9 años	5.19	2.18	42.00
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	3 a 5 años	8.94	2.38	26.62
	6 a 8 años	9.57	2.86	29.89
	Mayor a 9 años	9.57	2.48	25.91
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	3 a 5 años	12.59	5.71	45.35
	6 a 8 años	12.69	4.70	37.04
	Mayor a 9 años	13.28	5.48	41.27
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	3 a 5 años	16.94	4.01	23.67
	6 a 8 años	16.51	3.83	23.20
	Mayor a 9 años	16.64	4.20	25.24

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los años de consumo eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 37 que no existen diferencias significativas en las sub-escalas de calidad de vida según años de consumo ( $p > .05$ ).

**Tabla 37**  
**VALORES DE KRUSKAL-WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS**  
**SIGNIFICATIVAS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“X<sup>2</sup>”</b>	<b>P</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	0.879 ns	0.644
<b>AMIGOS</b>	1.168 ns	0.558
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	2.074 ns	0.354
<b>SALUD</b>	1.403 ns	0.496
<b>HOGAR</b>	1.322 ns	0.516
<b>EDUCACIÓN</b>	1.907 ns	0.385
<b>TIEMPO</b>	2.362 ns	0.307
<b>RELIGIÓN</b>	0.011 ns	0.995
<b>EMPLEO</b>	2.362 ns	0.307
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	0.382 ns	0.826
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	0.396 ns	0.820
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	0.067 ns	0.967
n.s. No significativo ( $p > .05$ )		

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

En la Tabla 38 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable calidad de vida según tiempo de abstinencia. Se observa que los promedios se incrementan o disminuyen indistintamente con el tiempo de abstinencia, con excepción de las sub-escalas: salud, hogar y medios de comunicación, en las cuales los promedios se incrementan con el tiempo de abstinencia.

Asimismo, los coeficientes de variación están indicando que todos los grupos presentan dispersiones elevadas; sin embargo, existen escalas en las cuales algunos de los grupos presentan dispersiones aceptables: vida marital y familiar, en el grupo con menos de 1 semana de abstinencia; salud, en los grupos con 5 a 8 semanas de abstinencia y el de más de 13 semanas; educación, en los grupos con menos de 1 semana de abstinencia y con 1 a 4 semanas; medios de comunicación, en el grupo con más de 13 semanas de abstinencia; y, vecindario y comunidad, en los grupos con menos de 1 semana de abstinencia y con 1 a 4 semanas.

**Tabla 38**

**PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y COEFICIENTES DE VARIACIÓN  
PARA CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIEMPO DE ABSTINENCIA**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>PROM.</b>	<b>D.E.</b>	<b>C.V.</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	Menor a 1 semana	10.13	1.71	16.88
	De 1 a 4 semanas	10.87	3.11	28.61
	De 5 a 8 semanas	10.70	4.76	44.49
	Más de 13 semanas	15.14	3.99	26.35
<b>AMIGOS</b>	Menor a 1 semana	2.48	1.28	51.61
	De 1 a 4 semanas	2.80	1.29	46.07
	De 5 a 8 semanas	2.85	1.31	45.96
	Más de 13 semanas	2.81	1.33	47.33

<b>FAMILIA EXTENSA</b>	Menor a 1 semana	3.00	1.68	56.00
	De 1 a 4 semanas	2.87	1.66	57.84
	De 5 a 8 semanas	1.75	1.07	61.14
	Más de 13 semanas	2.67	1.24	46.44
<b>SALUD</b>	Menor a 1 semana	5.61	1.62	28.88
	De 1 a 4 semanas	6.87	2.30	33.48
	De 5 a 8 semanas	6.65	1.53	23.01
	Más de 13 semanas	7.24	1.73	23.90
<b>HOGAR</b>	Menor a 1 semana	12.74	3.26	25.59
	De 1 a 4 semanas	13.26	4.11	31.00
	De 5 a 8 semanas	13.85	4.21	30.40
	Más de 13 semanas	14.43	4.50	31.19
<b>EDUCACIÓN</b>	Menor a 1 semana	5.91	1.16	19.63
	De 1 a 4 semanas	5.50	1.24	22.55
	De 5 a 8 semanas	6.25	1.80	28.80
	Más de 13 semanas	5.76	1.76	30.56
<b>TIEMPO</b>	Menor a 1 semana	4.32	1.96	45.37
	De 1 a 4 semanas	5.22	2.02	38.70
	De 5 a 8 semanas	5.20	2.02	38.85
	Más de 13 semanas	5.19	1.91	36.80
<b>RELIGIÓN</b>	Menor a 1 semana	5.35	1.90	35.51
	De 1 a 4 semanas	5.09	2.25	44.20
	De 5 a 8 semanas	4.95	2.52	50.91
	Más de 13 semanas	6.48	2.14	33.02



<b>EMPLEO</b>	Menor a 1 semana	4.32	1.96	45.37
	De 1 a 4 semanas	5.22	2.02	38.70
	De 5 a 8 semanas	5.20	2.02	38.85
	Más de 13 semanas	5.19	1.91	36.80
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	Menor a 1 semana	8.17	2.02	24.72
	De 1 a 4 semanas	9.57	2.46	25.71
	De 5 a 8 semanas	9.00	2.49	27.67
	Más de 13 semanas	11.14	2.67	23.97
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	Menor a 1 semana	10.91	3.06	28.05
	De 1 a 4 semanas	13.26	5.85	44.12
	De 5 a 8 semanas	12.95	4.70	36.29
	Más de 13 semanas	14.67	5.78	39.40
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	Menor a 1 semana	15.04	3.36	22.34
	De 1 a 4 semanas	16.98	3.78	22.26
	De 5 a 8 semanas	16.15	3.51	21.73
	Más de 13 semanas	18.14	5.11	28.17

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

A continuación se procedió al cálculo de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias entre los años de abstinencia eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 39 que existen cuatro diferencias significativas en las sub-escalas: vida marital y familiar, familia extensa, salud y medios de comunicación ( $p < .01$  y  $.001$ ).

Tabla 39

**VALORES DE KRUSKAL-WALLIS PARA DETERMINAR DIFERENCIAS  
SIGNIFICATIVAS EN CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIEMPO DE ABSTINENCIA**

<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>“X<sup>2</sup>”</b>	<b>P</b>
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	19.851 ***	0.000
<b>AMIGOS</b>	1.243 ns	0.743
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	7.889 *	0.048
<b>SALUD</b>	10.123 *	0.018
<b>HOGAR</b>	1.330 ns	0.722
<b>EDUCACIÓN</b>	4.078 ns	0.253
<b>TIEMPO</b>	3.938 ns	0.268
<b>RELIGIÓN</b>	6.727 ns	0.081
<b>EMPLEO</b>	3.938 ns	0.268
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	15.103 **	0.002
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	4.378 ns	0.223
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	7.436 ns	0.059
n.s. No significativo ( $p > .05$ ) * Diferencias significativas ( $p < .05$ ) ** Diferencias muy significativas ( $p < .01$ ) *** Diferencias altamente significativas ( $p < .001$ )		

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

- **Relación entre las Variables Estadios de Cambio y Calidad de Vida**

Con propósitos de analizar cuál es la relación entre las puntuaciones de las variables: estadios de cambio y calidad de vida, se procedió a calcular la prueba de Correlación Múltiple (R).

La Tabla 40 presenta el coeficiente de correlación múltiple y su significancia determinada por el paquete estadístico SPSS. Como se puede apreciar el coeficiente de correlación múltiple es altamente significativo ( $p < .001$ ) y de una magnitud moderada, lo cual está indicando que existe relación entre las variables.

**Tabla 40**

**CORRELACIÓN MÚLTIPLE ENTRE LAS VARIABLES ESTADIOS DE CAMBIO Y CALIDAD DE VIDA**

<b>VARIABLES</b>	<b>R</b>	<b>P</b>
<b>ESTADIOS DE CAMBIO Y CALIDAD DE VIDA</b>	0.576 ***	0.000
*** Altamente significativo ( $p < .001$ )		

**FUENTE:** Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

Por otro lado, para evaluar las correlaciones específicas entre cada una de las sub-escalas de la variable estadios de cambio y las sub-escalas de calidad de vida, se procedió a calcular el coeficiente de correlación bivariada Producto Momento de Pearson, cuyos resultados se muestran en la Tabla 41. Como se puede apreciar la sub-escala precontemplación correlaciona de manera negativa y significativa ( $p < .05$  y  $.01$ ) sólo con las sub-escalas de calidad de vida: amigos, tiempo, empleo y medios de comunicación; lo cual estaría indicando que a mayor puntuación en precontemplación existiría menor puntuación en las otras sub-escalas mencionadas.

Asimismo, se observa que la sub-escala contemplación correlaciona de manera positiva y significativa ( $p < .05$  y  $.01$ ) con las sub-escalas de calidad de vida: amigos y familia extensa, lo cual estaría indicando que a mayor puntuación en contemplación existiría mayor puntuación en las sub-escalas de amigos y familia extensa de la escala calidad de vida.

Del mismo modo, se observa que la sub-escala acción correlaciona de manera positiva y significativa ( $p < .05$ ) con las sub-escalas de calidad de vida: medios de comunicación y vecindario y comunidad, lo cual estaría indicando que a mayor puntuación en acción existiría mayor puntuación en las sub-escalas de medios de comunicación y vecindario y comunidad de la escala calidad de vida.

Finalmente, se observa que la sub-escala mantenimiento correlaciona de manera positiva y significativa ( $p < .05$ ,  $.01$  y  $.001$ ) con las sub-escalas de calidad de vida: vida marital y familiar, amigos, salud, hogar, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad; es decir, con la mayoría de sub-escalas de calidad de vida, lo cual estaría indicando que a mayor puntuación en mantenimiento existiría mayor puntuación en las sub-escalas mencionadas.

**Tabla 41**  
**CORRELACIONES ESPECÍFICAS ENTRE LAS VARIABLES ESTADIOS DE**  
**CAMBIO Y CALIDAD DE VIDA**

CALIDAD DE VIDA	ESTADIOS DE CAMBIO			
	PRECONTEMPLACIÓN	CONTEMPLACIÓN	ACCIÓN	MANTENIMIENTO
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>	-0.111 ns	-0.088 ns	0.083 ns	0.499***
<b>AMIGOS</b>	-0.294**	0.261**	-0.111 ns	0.208*
<b>FAMILIA EXTENSA</b>	-0.161 ns	0.239*	-0.160 ns	-0.093 ns
<b>SALUD</b>	-0.090 ns	0.046 ns	0.117 ns	0.231*
<b>HOGAR</b>	-0.117 ns	0.088 ns	-0.029 ns	0.277**
<b>EDUCACIÓN</b>	-0.061 ns	0.041 ns	0.016 ns	0.099 ns
<b>TIEMPO</b>	-0.267**	0.174 ns	0.120 ns	0.217*
<b>RELIGIÓN</b>	-0.094 ns	0.082 ns	-0.017 ns	0.236*
<b>EMPLEO</b>	-0.267**	0.174 ns	0.120 ns	0.217*
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>	-0.201*	0.045 ns	0.227*	0.344***
<b>BIENESTAR ECONÓMICO</b>	-0.062 ns	-0.032 ns	0.083 ns	0.253**
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>	-0.167 ns	-0.011 ns	0.195*	0.264**
n.s. No significativa ( $p < .05$ ) * Significativo ( $p < .01$ ) ** Muy significativo ( $p < .001$ ) *** Altamente significativo ( $p < .0001$ )				

FUENTE: Instrumentos de Investigación Estadios de Cambio y Calidad de Vida Aplicados a Pacientes  
Alcohólicos de Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI 2008

- **Discusión de Resultados**

Los resultados del estudio permiten comprobar el objetivo y la hipótesis principal o general, así como, cada uno de los objetivos específicos y sus hipótesis.

En primer lugar para los objetivos específicos descriptivos el papel más característico de esta muestra sería: más hombres 65.5% que mujeres 34.5%, el intervalo de edad dominante 34% es de 30 – 38 años, son profesionales en un 56 %, tienen ocupación laboral como empleados en un 94.5%, con educación superior en un 80.9%, el mayor tiempo de consumo es de 9 años con un 52.7% y su mayor tiempo de abstinencia es de 1 a 4 semanas 41.8%. Este es el perfil del paciente alcohólico atendido en este Servicio Hospitalario, el cual es más típico por ser personal asegurado con educación y ocupación laboral bien establecido, lo cual lo hace diferente a otros grupos de alcohólicos entendidos en hospitales públicos o del Estado.

La tabla 11 describe las características de los estadios de cambio en los paciente alcohólicos, permitiendo alcanzar el objetivo uno, destaca que el 31 % de hombres y el 30.8 % mujeres de pacientes alcohólicos están en el estadio “contemplación”; un 21 y 20 % para hombres y mujeres respectivamente están en el estadio “acción”, un 17 % en “mantenimiento” y 16% en “precontemplación”, lo cual discrepa con lo hallado por Santos, González, Fons, Forcada, y Zamorano (2001) quienes en un grupo de pacientes drogodependientes en Lima halló una predominancia del “estadio acción”; 51.7% y un 30.1 % se encuentra en “precontemplación o contemplación”.

Esta predominancia del estadio acción implicaría como ha señalado De Minzi (2001) y con lo cual estamos de acuerdo, que los pacientes se encontrarían en esta fase de “acción” o intervención decidida en su tratamiento, como más reflexivos sobre su salud, intentando un razonamiento lógico que los fortalece en su decisión de cambio; lo cual no ocurre en nuestra muestra, donde predomina el estadio “contemplación” y el estadio “acción” alcanza el 21 %.

Asimismo, es importante destacar el rol de los factores motivacionales y de rapidez para el cambio con la edad, en el estudio de Melnick, De León,

Hawke, Jainchill y Kressel (1997) los adolescentes estaban más motivados, lo cual difiere con los datos de este estudio donde los grupos de edad media a edad adulta tienen mayores puntajes en los diferentes estadios de cambio.

Con respecto al objetivo específico tres y a la hipótesis específica uno, los datos no han hallado diferencias significativas por género (Tabla 12) aunque los hombres que aparecen consumiendo más alcohol tienen un leve puntaje mayor; el estadio dominante en hombres y mujeres es la “contemplación”; la edad no ofrece diferencias significativas entre los grupos aunque los promedios son mayores en la edad adulta, tampoco existen diferencias significativas según la actividad laboral u ocupación. En cambio en condición laboral los que tienen empleo definido se ubican con mejores puntajes en el estadio “mantenimiento” y sus diferencias son significativas cuando  $p < .05$  (Tabla 17) lo cual indicaría que tienen una mayor estabilidad, conciencia y razonamiento para manejar su problema de consumo y reinserirse socialmente. No existen diferencias significativas según grado de instrucción.

Pero si existen diferencias significativas en tiempo de consumo para las escalas “acción” y “mantenimiento”, a mayor tiempo mejor perspectiva de tratamiento al tener un mejor puntaje en estadio “mantenimiento” de su conducta terapéutica (Tabla 22); en cambio sí existen diferencias significativas en cuanto al tiempo de abstinencia para los estadios “contemplación”, “acción” y “mantenimiento”, con valores indistintos lo cual concuerda con los datos de Fasce (2003) en el sentido que no hay una influencia del tiempo de tratamiento sobre la predominancia de un estadio de cambio, ello nos parece dependería de la conciencia del problema por parte del paciente y de su afán de mejoría.

Con respecto a la variable calidad de vida en pacientes alcohólicos, expresado en el objetivo dos la Tabla 26 indica que la calidad de vida en todas las subescalas de la escala de Olson y Barnes son superiores en las mujeres, sin embargo las diferencias son significativas solo para la sub – escala educación. En términos globales, la calidad de vida en estos pacientes es moderada en relación a los puntajes obtenidos y comparados con otros estudios, y su correlación de forma inversa con la gravedad de la adicción.

Con respecto al objetivo cuatro e hipótesis específica dos se han hallado diferencias significativas para la calidad de vida a favor de las mujeres en especial en la sub - escala educación, la edad deteriora la calidad de vida, pero hay un incremento positivo en las subescalas vida marital y familiar, salud, educación, tiempo y empleo. Existen diferencias significativas según ocupación: en salud (a favor de los profesionales) educación (a favor de los profesionales) tiempo y empleo (a favor de los profesionales) y bienestar económico (a favor de los profesionales). En condición laboral, la calidad de vida es mejor en el grupo de condición laboral empleado (Tabla 32).

Asimismo los puntajes de calidad de vida mejoran según avance su grado de instrucción aunque no son diferencias significativas.

En la variable tiempo de consumo, los promedios varían indistintamente y no se halló diferencias significativas en tiempo de abstinencia existen diferencias significativas en la sub- escala vida marital y familiar en el sentido de que ella contribuye a la mejoría, igual para la familia extensa y tener salud, así como tener acceso a medios de comunicación.

Finalmente para el objetivo cinco y la hipótesis específica tres que son los propósitos principales del estudio, se ha hallado una correlación múltiple  $r = 0.576$  altamente significativa y de magnitud moderada lo cual indica la fuerte asociación entre las variables, es decir la ubicación en un determinado estadio de cambio afecta en mayor o menor medida la calidad de vida; en el sentido esperado hallamos que una presencia de estadios de precontemplación y contemplación deteriora más la calidad de vida.

En cuanto a las correlaciones específicas como era esperado en la escala que mide el estadio precontemplación correlaciona de manera negativa con la calidad de vida; en cambio el estadio “contemplación” correlaciona de manera positiva con la calidad de vida en sus áreas: amigos y familia extensa, igual ocurre para el estadio “acción” que correlaciona mejor con medios de comunicación y vecindario, así como comunidad. Los puntajes de correlación positiva se incrementan a las diversas áreas de calidad de vida cuando se pasa al estadio “mantenimiento”, es decir cuando el paciente se encuentra en pleno proceso de recuperación la calidad de vida mejora sustancialmente como era esperado, pero este dato discrepa de lo hallado por Albiach, Llinares, Palau, y



Santos (2000) quienes concluyeron que el estadio de cambio no es una potente variable predictora de la adherencia al tratamiento.

Concluimos que como señala Salvador (1996) las etapas o estadios en el que se encuentra el paciente tiene serias implicancias asistenciales para el tratamiento, en esto estamos también de acuerdo, a un estadio más crítico de deterioro la efectividad del tratamiento, se halla más comprometida; lo cual se comprueba también en el caso de los pacientes del hospital Almenara.

## CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

### A) Conclusiones

- El perfil característico de los pacientes alcohólicos de esta muestra en sus estadios de cambio sería: son más hombres que mujeres, edad prevalente de 30 a 39 años, profesionales, con ocupación laboral definida como empleados, con educación superior con un tiempo de consumo de 9 años a más y con un tiempo de abstinencia de 1 a 4 semanas.
- En cuanto a los Estadios de Cambio predomina el estadio “contemplación” y le sigue el estadio “acción”.
- En cuanto a la variable calidad de vida el perfil es, mejor en mujeres que en hombres, la edad deteriora la calidad de vida aunque se incrementa en algunas áreas, el grupo profesional tiene mejores puntajes en: salud, educación, empleo, bienestar económico y condición laboral; el grado de instrucción se relaciona con una mejora en la calidad de vida y el tiempo de consumo afecta no significativamente la calidad de vida para esta muestra. En términos globales la calidad de vida es moderada para esta muestra.
- Se han hallado diferencias significativas en estadios de cambio por sexo ambos se ubican en el nivel de contemplación; tampoco hay diferencias significativas en edad, ni en actividad laboral, si diferencias según condición laboral a favor de los que tienen empleo; no diferencias según grado de instrucción, si diferencias en tiempo de consumo, en los estadios “acción” y “mantenimiento”, positivos hacia su conducta terapéutica.
- Se han hallado diferencias significativas para calidad de vida a favor de las mujeres, la edad deteriora la calidad de vida, existen diferencias significativas según su ocupación y según su condición

laboral; no hay diferencias significativas por grado de instrucción, no habiendo tampoco diferencias significativas en tiempo de consumo, pero si algunas diferencias en la escala vida marital y familiar, familia extensa, tener salud, para la variable tiempo de abstinencia.

- e ha hallado una correlación múltiple altamente significativa y de magnitud moderada, lo cual indica una importante asociación entre las variables, es decir la ubicación en los estadios de cambio terapéutico iniciales afecta más la calidad de vida de los pacientes alcohólicos de esta muestra.

## **B) Recomendaciones**

- Los resultados del estudio sugieren que es conveniente desarrollar algunos programas que permitan mejorar las condiciones de la calidad de vida de los pacientes alcohólicos y mejorar su pase a estadios de cambio más sólidos de mantenimiento.
- Es pertinente replicar el estudio con otras investigaciones que permitan ampliar los datos y verificarlos teniendo en cuenta algunas otras variables de control como por ejemplo: alcohol más otras sustancias psicoactivas.
- Desarrollar también algunos programas de entrenamiento a profesionales y para familiares que permitan mantener y fortalecer la calidad de vida lograda en el tratamiento así como, el mantenimiento de los pacientes en las etapas más firmes de mejora en sus estadios de cambio.
- Es conveniente de acuerdo a los resultados hallados que se optimicen las estrategias de intervención terapéuticas para fortalecer los cambios desde las primeras etapas del tratamiento, dado que los resultados demuestran cambios pobremente significativos en estas etapas.
- Es conveniente también realizar nuevos estudios con ambas escalas en diferentes tipos de pacientes drogodependientes pues es posible hallar diferencias en los diferentes subgrupos clínicos.

## **C) Limitaciones**

- Los resultados y conclusiones solo son válidos para la población alcohólica del Servicio e Farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- (1)** DeVIDA: Censo Nacional Sobre el Consumo de Drogas 2006
- (2)** Diario El Comercio: "La Realidad del Problema Alcohólico". 21/09/08
- (3)** Revista Neurológica Colombiana: "Adictos a la Nicotina" 1995
- (4)** Acta Psiquiátrica de América Latina: "Las Conductas Adictivas" 1995
- (5)** Revista Argentina de Psiquiatría: "Aproximándonos a los Procesos de Cambio" 1996
- (6)** Archivos de Neuropsiquiatría: La Nicotina es Letal" 1997
- (7)** Archivos de Salud Mental: "Involucrándonos con la Nicotina" 1997
- (8)** Revista de Psiquiatría Psicodinámica: "Estadios de Cambio" 1997
- (9)** Revista de la Sociedad de Psicoterapia: "La Psicoterapia y el Cambio" 1998
- (10)** Anales de la Salud Mental: "El Modelo Transteórico" 2000
- (11)** Psicoactiva: "El Mundo de la Adicción" 2000
- (12)** Medicina Psicodinámica: "Profundizando los Estadios de Cambio" 2001
- (13)** Revista Ipsicoc: " El Inalcanzable Estadio de Finalizaron) 2004
- (14)** Revista Psiquiátrica de APLA: "Perspectiva Sociológica de la Salud mental" 2005
- (15)** Revista de Abordaje Conductual: "Calidad de Vida y Salud Mental" 2005.

## BIBLIOGRAFIA

- Albiach, C.; Llinares, M., Palau, C.; Santos, P. (2000) Adherencia en heroínómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Revista Adicciones. Revista de Socidrogalcohol de España*. 12(2) 225-234
- Baca, E. y García, S. (1997) Calidad de vida en adictos a la heroína: un estudio comparativo. *Revista Psiquiatría com.* 1(4)
- Burglass, M. y Shaffer, H. (1981) The natural history of ideas in the treatment of addictions, en H. Shaffer, H. (eds.), *Classic contributions in the addictions* (pp.xix-xlii), Nueva York, Brunner/Mazel.
- Caparrós, A. (1985), *Los paradigmas en psicología* (2ª ed.), Barcelona, Horsori.
- De León, G.; Melnick, G.; Kressel, D. (1997) Motivación y Rapidez para el Tratamiento de la Comunidad Terapéutica entre abusadores de Cocaína y otras drogas. *American Journal of drug & Alcohol abuse*. 23(2) 169 -198
- Díaz, J. (2001) El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Revista Escritos de Psicología*. 5(4) 21-35. España
- Fasce, N. (2003). *Relación entre estudio y proceso de cambio según el tiempo de internamiento en un grupo de parientes drogodependientes*. Tesis para optar el Título de Magíster en Psicología Clínica. Universidad Cayetano Heredia. Lima
- Fernández, C.; Llorente del Pozo, J. (2006) Evaluación de constructos relacionados con las Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*. 18 (3) 251-257. España.

- Fernández, J. (2003) La calidad de vida en adicciones: una medida de la efectividad de los tratamientos. *Revista Anales de Psiquiatría*. 19 (9) 377-384. España
- Gambino, B. y Shaffer; H: (1979). The concept of paradigm and the treatment of addiction. *Professional Psychology*, 10,207-223.
- Graña, J. (1994). Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento. Madrid. Debate.
- Instituto Especializado de Salud Mental: Honorio Delgado - Hideyo Noguchi y MINSA (2003). Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002: Lima y Callao
- Guydish,J.; Sorosen, J.; Chan, M.; Werdegarr, D.; Bostrom, A.; Acampora, A. (1998). Tratamiento de día de Abuso de drogas: un estudio aleatorizado que compara el tratamiento de abuso de drogas de régimen residencial a otro régimen de día. *Journal of Consulting & Clinical Psychological*. 66(2) 280-289
- Melnick, G.; De León, G.; Hawke, J.; Jainchill, N.; Kressel, D. (1997). Motivación y Rapidez para el Tratamiento de la Comunidad Terapéutica entre adolescentes y adultos abusadores de sustancias. *American Journal of drug & Alcohol abuse*. 23(4) 485-506
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). La Entrevista Motivacional: Preparar para el Cambio de Conductas Adictivas. Paidós Ibérica. Barcelona.
- Planes, M.; Fábregas, L.; Gras, M.;Soms, M. (2003) Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego. *Revista Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 65 (1) 29-40
- Prochaska, J. (2002). Other: URICA (long form) (University of Rhode Island Change Assessment).

- Prochaska, J. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas, en Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencia*, Barcelona, Ediciones de Neurociencias, Citrán, FISP.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1992) Stages of change in the modification of problem behaviors, en M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, California, Sage Ed.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. y Norcross, J.(1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47: 1102-1114.
- Raw, M. (1986). Smoking cessation strategies. En W. Miller y N. Heather (eds.). *Treating addictive behavior: Processes of change*, Nueva York, Plenum Press.
- Richaud de Minzi, M. (2001) Estilo de afrontamiento en relación con los estadios de cambio intencional de la conducta adictiva. *Psicología con Revista Electrónica de Psicología*. 5 (2) 1-5. Buenos Aires.
- Ruiz, J.; Martínez, H.; Gutiérrez, M.; Pérez, J.; Landabaso, M. (1994) Estudio preliminar de la Calidad de Vida en adictos a la Heroína en el Programa de Objetivos Intermedios. Libro XXI Jornadas nacionales de socidrogalcohol. Bilbao: Socidrogalcohol. Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. 19-28
- Saaverdra, A (1997). *Manual de Atención Primaria para el Manejo de los Problemas Relacionados al Uso y Abuso de Alcohol*. Lima. Instituto Hideyo Noguchi.



- Salvador, T. (1996) El Proceso de dejar de Fumar y los tipos de fumadores. Libro de Actas de las XXII jornadas nacionales de socidrogalcohol. Centro de Estudios sobre Promoción de la salud, Madrid.
- Santos, P.; González, G.; Fons, M.; Forcada, R.; Zamorano, C. (2001) Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*. 13 (2). 147-152. Valencia
- Sánchez, E.; Tomás, V.; Morales, E. (2004) Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Revista Trastornos adictivos*. 6(3) 159-166. España
- Shaffer, H y Burglass, M.(1984). Thinking high: A metaphor from the past, in the present and, perhaps, for the future. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16,201-204.
- Shaffer, H y Gambino, B. (1984). Addictions paradigms II. Theory, research and practice. *Journal of Psychedelic Drugs*. 11,299-304.
- Shaffer, H y Milkman, H. (1985). Introduction: Crisis and conflict in the addictions. En H. B. Milkman y H. S. Shaffer (eds.), *The addictions: Multidisciplinary perspectives and treatments*, Lexington Books.
- Sheneider J. y Khantzian O. (1992) Psychotherapy and patient needs in the treatment of alcohol and cocaine abuse. En Galanter (ed.), *Recent developments in alcoholism*, Nueva York, Plenum Press.
- Torres, E.; Roca, F.; y Llancán, J. (2004) Comparación entre los Estadios de Cambio de pacientes adictos con régimen de tratamiento residencial ambulatorio. *Umbral de Investigación. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. UNFV. 1(1) 75-80.

# ANEXOS

## ANEXO A

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island  
(URICA)

### ESCALA DE LIKERT

#### ***Introducción:***

Buenos Días soy el Lic. de Enfermería Alex Yataco Tarma, el presente formulario forma parte de un estudio de investigación el cual tiene como objetivo determinar la relación que hay entre los Estadios de cambio y la Calidad de Vida en los pacientes alcohólicos que se atienden en los Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI. Es de gran importancia su colaboración a través de las respuestas que nos brinde, las cuales serán anónimas. Le agradecemos por anticipado su colaboración.

#### ***Datos Generales:***

Edad	Sexo:
Ocupación:	Grado de Instrucción:
Condición Laboral.	Tiempo de Consumo
Tiempo de Abstinencia.	

#### ***Instrucciones:***

Este cuestionario contiene frases que pueden o no relacionarse con Usted, escriba por favor que tanto se relacionan con Usted sobre la base de las siguientes 5 posibles respuestas, evitando, en lo posible, hacer uso de la respuesta 3, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1=Totalmente en Desacuerdo.

2=En desacuerdo.

3=Indiferente, Intermedio, Indeciso.

4=De acuerdo.

5=Totalmente de acuerdo.

Coloque al costado de cada ítem, el número correspondiente.

Nº	PREGUNTA	ALTERNATIVAS				
		1	2	3	4	5
1.	En lo que a mí concierne, no tengo problemas que ameriten cambios.					
2.	Pienso que puedo estar listo para un automejoramiento.					
3.	Estoy haciendo algo con respecto a los problemas que me están preocupando.					
4.	Creo que vale la pena trabajar en mi problema.					
5.	Yo no soy el problema, no tiene sentido para mí estar aquí.					
6.	Me preocupa recaer en el problema que ya he logrado vencer, por ello he venido en busca de ayuda.					
7.	Finalmente estoy trabajando en mi problema.					
8.	He estado pensando que es posible que quiera cambiar algo de mí mismo.					
9.	He tenido éxito trabajando con mi problema, pero estoy seguro de poder hacerlo sin ayuda.					
10.	Por momentos mi problema es difícil, pero estoy trabajando en él.					
11.	Estar aquí es casi una pérdida de tiempo para mí porque el problema no tiene que ver conmigo.					
12.	Espero que este lugar me ayude a comprenderme mejor.					
13.	Creo que tengo faltas, pero no hay nada que realmente tenga que cambiar.					
14.	Estoy trabajando bastante duro para cambiar.					
15.	Tengo un problema y creo que tengo que trabajar en él.					
16.	No estoy manteniendo como quisiera mis logros					

	ya alcanzados, y estoy trabajando en el problema.					
17.	Aunque no siempre tengo éxito en cambiar, al menos estoy trabajando en el problema.					
18.	Pensé que una vez que resolviera mi problema estaría libre de sí, pero a veces me encuentro combatiéndolo otra vez.					
19.	Desearía tener mas ideas sobre como resolver el problema.					
20.	He empezado a trabajar en mis problemas pero me gustaría recibir ayuda.					
21.	Quizás este sitio me puede ayudar.					
22.	Necesito un estímulo, ahora mismo, para que me ayude a poder mantener los cambios que he logrado.					
23.	Quizás yo sea parte del problema, pero en realidad no lo creo.					
24.	Espero que alguien acá tenga algunos buenos consejos para mí.					
25.	Cualquiera pude hablar sobre cambiar. Pero yo realmente estoy haciendo algo al respecto.					
26.	Todo el discurso psicológico es aburrido. Acaso la gente no puede olvidarse sola de sus problemas.					
27.	Estoy aquí para prevenir una recaída en mi problema.					
28.	Es frustrante, pero siento puedo estar recayendo en un problema que pensé ya había superado.					
29.	Tengo tantas preocupaciones como cualquiera, ¿porqué pasar tiempo pensando en ello?					
30.	Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31.	Prefiero afrontar mis faltas que tratar d cambiarlas.					
32.	A pesar de todo lo que he hecho para cambiar mi problema, todavía, a veces, viene a perturbarme.					

## ANEXO B

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Escala de Evaluación de Calidad de Vida de D. Olson y H. Barnes.

### ESCALA DE LIKERT

#### ***Introducción:***

Buenos Días soy el Lic. de Enfermería Alex Yataco Tarma, el presente formulario forma parte de un estudio de investigación el cual tiene como objetivo determinar la relación que hay entre los Estadios de cambio y la Calidad de Vida en los pacientes alcohólicos que se atienden en los Consultorios Externos de Farmacodependencia del HNGAI. Es de gran importancia su colaboración a través de las respuestas que nos brinde, las cuales serán anónimas. Le agradecemos por anticipado su colaboración.

#### ***Datos Generales:***

Edad

Sexo:

Ocupación:

Grado de Instrucción:

Condición Laboral.

Tiempo de Consumo

Tiempo de Abstinencia.

#### ***Instrucciones:***

Lea atentamente y utilice las siguientes alternativas de respuesta y coloque un aspa (x), en la columna que Usted considere la respuesta más cercana.

1=Insatisfecho.

2=Un poco Insatisfecho.

3=Mas o Menos Satisfecho.

4=Bastante Satisfecho.

5=Completamente Satisfecho.

Nº	PREGUNTA	ALTERNATIVAS				
		1	2	3	4	5
<b>VIDA MARITAL Y FAMILIAR</b>						
1.	Su familia					
2.	Su Matrimonio.					
3.	Sus Hijos					
4.	Número de Hijos en su Familia.					
<b>AMIGOS</b>						
5.	Sus Amigos.					
<b>FAMILIA EXTENSA</b>						
6.	Su relación con sus Parientes (abuelos, tíos)					
<b>SALUD</b>						
7.	Su propia salud					
8.	La salud de otros miembros de la familia					
<b>HOGAR</b>						
9.	Sus actuales condiciones de vida.					
10.	Sus responsabilidades.					
11.	Las responsabilidades domesticas de otros miembros de la familia					
12.	Espacio para sus propias necesidades					
13.	El espacio para las necesidades de la familia					
<b>EDUCACION</b>						
14.	El nivel de educación que usted tiene					
15.	Los programas educativos diseñados para mejorar la vida matrimonial y familiar					
<b>TIEMPO</b>						
16.	La cantidad del tiempo libre					
17.	El tiempo para Usted mismo					

18.	El tiempo para la familia					
19.	Tiempo para los quehaceres domésticos					
20.	Tiempo para ganar dinero					
<b>RELIGION</b>						
21.	La vida religiosa a de su familia					
22.	La vida religiosa en su comunidad					
<b>EMPLEO</b>						
23.	Su principal ocupación trabajo					
24.	Su seguridad laboral					
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>						
25.	La cantidad de tiempo que los miembros de la familia pasa viendo televisión					
26.	La calidad de los programas de televisión					
27.	La calidad del cine					
28.	La calidad de los periódicos y revistas					
<b>BIENESTAR ECONOMICO</b>						
29.	Su nivel de ingresos					
30.	El dinero para las necesidades básicas de la familia.					
31.	su habilidad para manejar las emergencias económicas					
32.	El monto de sus deudas.					
33.	Su nivel de ahorro					
34.	El dinero para futuras necesidades de su familia					
<b>VECINDARIO Y COMUNIDAD.</b>						
35.	Los colegios de su comunidad					
36.	Los almacenes y supermercados					
37.	La seguridad en su comunidad					
38.	El barrio donde vive					
39.	Las facilidades para la recreación (parques, campos de juego, actividades, etc.)					
40.	Los servicios de atención a la salud.					



**ANEXO C**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Victoria, Agosto del 2008.

Por medio del presente documento Yo -----

-----  
acepto participar libremente del estudio de investigación titulado: “Estadios de Cambio y Calidad de Vida en Pacientes Alcohólicos atendidos en los Consultorios Externos de Farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”; llevado a cabo por el Lic. Alex Yataco Tarma quien postula para obtener el grado de Magíster en Conducta Adictiva y Violencia en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Declaro que me han informado ampliamente sobre el estudio en mención y el tipo de preguntas que me formularan a través de los dos instrumentos que se me alcanzara en el debido momento para que sean llenados por mi persona.

También me han informado acerca de la opción que tengo de dejar de llenar los dos instrumentos, si es que así me pareciere por diferentes motivos; y que tal decisión, si así lo fuere no alteraría mi derecho de ser atendido en el hospital.

Además el Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

-----



## ANEXO E

### PRUEBA ESTADÍSTICA PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO (URICA)

Validez ítem por ítem la fórmula del Coeficiente  $r$  de Pearson

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x * \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 * N \sum y^2 - (\sum y)^2}}; \text{ Donde el } r > 0.2 \text{ para ser válido}$$

**Donde:**

X= Promedio del puntaje acumulado de las personas que dieron las respuestas correctas a ese ítem.

Y= Promedio del puntaje acumulado de los personajes que dieron respuestas incorrectas a ese ítem.

N = número de personas de la muestra.

ÍTEMS	Valor $r$	ÍTEMS	Valor $r$
1.	0.54	17.	0.57
2.	0.54	18.	0.67
3.	0.63	19.	0.52
4.	0.65	20.	0.73
5.	0.66	21.	0.56
6.	0.76	22.	0.63
7.	0.82	23.	0.58
8.	0.52	24.	0.49
9.	0.47	25.	0.51
10.	0.61	26.	0.56
11.	0.56	27.	0.62
12.	0.68	28.	0.67
13.	0.84	29.	0.87
14.	0.59	30.	0.69
15.	0.61	31.	0.74
16.	0.72	32.	0.65

**ANEXO F**  
**PRUEBA ESTADÍSTICA PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**  
**(URICA)**

**Alfa de Crombach:**

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right]; \text{ donde } \alpha > 0.5; \text{ para que sea confiable}$$

K = N° de ítems

$S_i^2$  = Sumatoria de cada varianza

$S_t$  = Varianza del total

**Donde:**

K= 32

$S_i^2 = 11,8095$

$S_t = 70,4571$

**Reemplazando:**

$$\alpha = \frac{32}{32-1} \left[ 1 - \frac{11,8095}{70,4571} \right]$$

$$\alpha = 0,79241$$

**Confiabilidad Moderada**

**ANEXO G**  
**ÍNDICE DE PERTENENCIA DEL URICA**

<b>Nº</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>Índice de Pertenencia</b>
1.	En lo que a mí concierne, no tengo problemas que ameriten cambios.	100 % PC
2.	Pienso que puedo estar listo para un automejoramiento.	100% C
3.	Estoy haciendo algo con respecto a los problemas que me están preocupando.	100 % A
4.	Creo que vale la pena trabajar en mi problema.	90% C
5.	Yo no soy el problema, no tiene sentido para mí estar aquí.	100% PC
6.	Me preocupa recaer en el problema que ya he logrado vencer, por ello he venido en busca de ayuda.	100% M
7.	Finalmente estoy trabajando en mi problema.	100 % A
8.	He estado pensando que es posible que quiera cambiar algo de mí mismo.	90 % c
9.	He tenido éxito trabajando con mi problema, pero estoy seguro de poder hacerlo sin ayuda.	100 % C
10.	Por momentos mi problema es difícil, pero estoy trabajando en él.	100 % A
11.	Estar aquí es casi una pérdida de tiempo para mí porque el problema no tiene que ver conmigo.	100 % PC
12.	Espero que este lugar me ayude a comprenderme mejor.	90 % C
13.	Creo que tengo faltas, pero no hay nada que realmente tenga que cambiar.	100 % PC
14.	Estoy trabajando bastante duro para cambiar.	100 % A
15.	Tengo un problema y creo que tengo que trabajar en él.	90 % C
16.	No estoy manteniendo como quisiera mis logros ya alcanzados, y estoy trabajando en el problema.	90 % M

17.	Aunque no siempre tengo éxito en cambiar, al menos estoy trabajando en el problema.	100 % A
18.	Pensé que una vez que resolviera mi problema estaría libre de sí, pero a veces me encuentro combatiéndolo otra vez.	100 % M
19.	Desearía tener más ideas sobre cómo resolver el problema.	90 % C
20.	He empezado a trabajar en mis problemas pero me gustaría recibir ayuda.	100 % A
21.	Quizás este sitio me puede ayudar.	80 % C
22.	Necesito un estímulo, ahora mismo, para que me ayude a poder mantener los cambios que he logrado.	90 % M
23.	Quizás yo sea parte del problema, pero en realidad no lo creo.	100 % PC
24.	Espero que alguien acá tenga algunos buenos consejos para mí.	80 % C
25.	Cualquiera pude hablar sobre cambiar. Pero yo realmente estoy haciendo algo al respecto.	100 % A
26.	Todo el discurso psicológico es aburrido. Acaso la gente no puede olvidarse sola de sus problemas.	100 % PC
27.	Estoy aquí para prevenir una recaída en mi problema.	100 % M
28.	Es frustrante, pero siento puedo estar recayendo en un problema que pensé ya había superado.	100 % M
29.	Tengo tantas preocupaciones como cualquiera, ¿porqué pasar tiempo pensando en ello?	100 % PC
30.	Estoy trabajando activamente en mi problema.	100 % A
31.	Prefiero afrontar mis faltas que tratar de cambiarlas.	100 % PC
32.	A pesar de todo lo que he hecho para cambiar mi problema, todavía, a veces, viene a perturbarme.	90 % M

## ANEXO H

**PRUEBA BIMONIAL: JUICIO DE EXPERTOS**  
**(E. D. OLSON Y H. BARNES)**

[illegible]

**ANEXO I**  
**PRUEBA ESTADÍSTICA PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO**  
**(E. D. OLSON Y H. BARNES)**

Validez ítem por ítem la fórmula del Coeficiente  $r$  de Pearson

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x * \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 * N \sum y^2 - (\sum y)^2}}; \text{ Donde el } r > 0.2 \text{ para ser válido}$$

**Donde:**

X= Promedio del puntaje acumulado de respuestas correctas a ese ítem.

Y= Promedio del puntaje acumulado de respuestas incorrectas a ese ítem.

N = número de personas de la muestra.

ÍTEMS	Valor $r$	ÍTEMS	Valor $r$
1.	0.82	21.	0.87
2.	0.77	22.	0.83
3.	0.59	23.	0.69
4.	0.84	24.	0.69
5.	0.63	25.	0.62
6.	0.62	26.	0.91
7.	0.67	27.	0.82
8.	0.66	28.	0.87
9.	0.42	29.	0.71
10.	0.90	30.	0.64
11.	0.59	31.	0.72
12.	0.76	32.	0.65
13.	0.62	33.	0.75
14.	0.66	34.	0.74
15.	0.62	35.	0.81
16.	0.53	36.	0.68
17.	0.59	37.	0.65
18.	0.69	38.	0.83
19.	0.58	39.	0.86
20.	0.62	40.	0.73



**ANEXO J**  
**PRUEBA ESTADÍSTICA PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**  
**(E. D. OLSON Y H. BARNES)**

**Alfa de Crombach:**

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right]; \text{ donde } \alpha > 0.5; \text{ para que sea confiable}$$

K = N° de ítems

$S_i^2$  = Sumatoria de cada varianza

$S_t$  = Varianza del total

**Donde:**

K= 40

$S_i^2 = 13,7098$

$S_t = 69,6481$

**Reemplazando:**

$$\alpha = \frac{40}{40-1} \left[ 1 - \frac{137098}{696481} \right]$$

**$\alpha = 0,92435$**

**Confiabilidad Alta**

**ANEXO K**  
**CONFIABILIDAD TEST RETEST (E. D. OLSON Y H. BARNES)**

N =124

Si  $P < 0.05$  la Concordancia es significativa.

Favorable = 1 (si)

Desfavorable= 0 (no)

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b><u>n.</u></b>
Vida Familiar	.7212
Amigos	.4937
Familia Extensa	.4386
Salud	.6489
Hogar	.5755
Educación	.5067
Ocio	.4042
Religión	.4970
Medios de Comunicación	.5403
Bienestar Económico	.6767
Vecindario y Comunidad	.5023
<b>ESCALA TOTAL</b>	<b>.6476</b>